



**FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

**DESIGUALDADES EN LA SALUD
AUTOPERCIBIDA DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA.
REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA.**

TESIS DOCTORAL

**Victoria Morcillo Cebolla
Madrid, 2017**



**FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

**DESIGUALDADES EN LA SALUD
AUTOPERCIBIDA DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA.
REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA.**

TESIS DOCTORAL

Victoria Morcillo Cebolla
Madrid, 2017

Director:
Dr. Antonio de Lorenzo-Cáceres Ascanio

Este trabajo se ha realizado con ayuda de la
Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
– semFYC

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento a Antonio de Lorenzo-Cáceres, mi director de tesis, que ha sido un magnífico guía a lo largo de toda la elaboración de esta memoria de investigación. Por su apoyo incondicional, su meticulosidad y genialidad.

A Paloma, por ser la perfecta revisora hasta en la distancia, por su amistad. A Susana por su inestimable apoyo logístico en la elaboración de esta tesis. A Ricardo por su disponibilidad para guiarme en la estadística.

A mis amigos, por su paciencia. A Carmen, con quien compartir etapas vitales y proyectos es todo un honor, por poder contar siempre con ella.

A Victoria y Roque, por su ayuda y su cariño.

A mi familia, por su alegría y comprensión. A Cani, por ser una correctora implacable.

A mi padre, a quien dedico la copia más especial de esta tesis, siempre presente en mi camino, que me mostró que “puede ser loca la aventura, pero nunca el aventurero”.

A mi madre, por enseñarme con su ejemplo que, incluso al trabajo más duro, hay que ponerle buen humor.

A Sara, mi hermana, a quien admiro por su fortaleza y perseverancia en conseguir sus sueños, que hasta en los momentos más duros, consigue hacerme sonreír.

A Paco, mi compañero, quien ha vivido esta tesis en primera persona desde el otro lado del escritorio. Gracias por creer en mi mucho más que yo misma y por darme a nuestro pequeño, Alejandro, que con su sonrisa hace que todo merezca la pena.

ÍNDICE GENERAL

| | Páginas |
|---|------------|
| ESTRUCTURA DE ESTA MEMORIA DE INVESTIGACIÓN | 13 |
| 1. INTRODUCCIÓN GENERAL | 15 |
| 2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS | 35 |
| 3. METODOLOGÍA GENERAL | 39 |
| 4. DESIGUALDADES EN LA SALUD AUTOPERCIBIDA DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA MAYOR DE 65 AÑOS | 59 |
| 4.1. Resultados | 61 |
| 4.2. Discusión | 71 |
| 5. DESIGUALDADES EN LA SALUD AUTOPERCIBIDA DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA SEGÚN EL GÉNERO. | 73 |
| 5.1. Resultados | 75 |
| 5.2. Discusión | 92 |
| 6. LIMITACIONES DE LA METODOLOGÍA EMPLEADA..... | 109 |
| 6.1. Limitaciones metodología general..... | 111 |
| 6.2. Limitaciones capítulo 4..... | 116 |
| 6.3. Limitaciones capítulo 5..... | 117 |
| 7. CONCLUSIONES..... | 121 |
| 7.1. Conclusiones capítulo 4 | 123 |
| 7.2. Conclusiones capítulo 5..... | 124 |
| 8. RESUMEN..... | 127 |
| 8.1. Resumen capítulo 4..... | 129 |
| 8.2. Resumen capítulo 5..... | 130 |
| 9. ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS..... | 131 |
| 9.1. Índice de tablas..... | 133 |
| 9.2. Índice de figuras | 134 |
| 10. BIBLIOGRAFÍA | 135 |
| 11. ANEXO | 159 |

ESTRUCTURA DE ESTA MEMORIA DE INVESTIGACIÓN

En la **INTRODUCCIÓN GENERAL** se describen los diferentes conceptos que van a ser abordados a lo largo de esta Memoria de investigación. Además, se expone el estado actual del estudio de las desigualdades sociales en salud, tanto en nuestro país como a nivel internacional.

En el segundo capítulo, se presenta la **JUSTIFICACIÓN** de por qué se ha planteado esta Tesis doctoral, y sus **OBJETIVOS** generales y específicos.

La **METODOLOGÍA GENERAL** se aborda en dos apartados. En el primero se describe qué es y cómo se elabora una revisión sistemática de la literatura. En el segundo se detalla la elaboración de la revisión sistemática realizada para esta Tesis, metodología que es común a los capítulos 4 y 5.

Posteriormente se presentan los **CAPÍTULOS 4 y 5** que contienen sus correspondientes apartados de Resultados y Discusión.

A continuación, se exponen las **LIMITACIONES** de la metodología empleada, tanto la general como la que se utiliza en los capítulos 4 y 5. Seguidas de las **CONCLUSIONES** y el **RESUMEN** de ambos capítulos.

Finalmente, se expone el **ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS**, seguido del capítulo de **BIBLIOGRAFÍA**, y por último del **ANEXO**, que contiene el artículo publicado en 2014 al que dio lugar el capítulo 4.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN GENERAL

1.INTRODUCCIÓN GENERAL

La Investigación de Resultados en Salud (IRS)

La Investigación de Resultados en Salud (IRS) surge del interés por conocer cómo evaluar la eficacia y la efectividad de las intervenciones sanitarias^{1,2}. Tradicionalmente, la investigación médica ha tratado de evaluar el beneficio de las intervenciones médicas mediante la medida de síntomas y signos clínicos y los resultados de laboratorio. Junto a estas variables clínicas, la IRS introduce otros indicadores que tratan de medir la efectividad de los servicios sanitarios. Entre ellos podemos mencionar algunos indicadores con relevancia clínica, como la disminución de exacerbaciones o la disminución de la morbilidad, la medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), las preferencias y la satisfacción de los pacientes y los análisis de costes¹.

La Salud Autopercebida (SA) y las Encuestas de Salud (ES) en la investigación de Resultados en Salud

La Salud Autopercebida (SA) declarada por la población es otro de los indicadores de resultado en salud. Es muy utilizado en la IRS debido a que se la considera un fiel reflejo del estado de salud individual³. Se la ha relacionado con la probabilidad de padecer enfermedades crónicas³, con la utilización de los servicios sanitarios^{4,5} e, incluso, con la mortalidad^{6,7}.

La SA se conoce gracias a las Encuestas de Salud (ES) que suelen incluir la pregunta “¿Cómo considera usted su estado de salud?”.

Es importante disponer de fuentes del tipo de las ES, que han sido diseñadas para vigilar los determinantes de salud y ponerlos en relación con indicadores tan útiles como la SA⁸.

La Equidad y las Desigualdades en Salud

Varios autores han señalado la necesidad de plantear estudios que evalúen la equidad en todos los componentes clásicos del sistema sanitario: la estructura, el proceso y, especialmente, los resultados⁹.

En una revisión sistemática de la literatura, en los veinte años transcurridos desde la puesta en marcha de la reforma de la AP en España, más de dos tercios de los estudios evaluaron el “proceso” de atención, mientras que solamente el 16% eran evaluaciones de “resultados”¹⁰. Otra revisión sistemática concluyó que eran muy escasos los artículos que trataban de medir la equidad en los resultados en salud¹¹.

En las últimas décadas las desigualdades sociales en salud (DSS) han aumentado en todos los países desarrollados. Por ejemplo, la desigualdad en la salud autopercebida ha crecido entre los distintos países europeos y, dentro de un mismo país, entre las regiones más ricas y las más desfavorecidas¹².

Factores asociados a la desigualdad en la SA

La literatura contiene múltiples investigaciones que revelan que las personas de mayor edad perciben su salud peor que las personas más jóvenes, al igual que las mujeres lo hacen con respecto a los hombres^{3, 13, 14, 15}.

La posición socioeconómica también influye en la percepción del propio estado de salud, ya que las personas que pertenecen a las clases sociales más desfavorecidas o que tienen niveles de estudios más bajos declaran una peor SA que las de mayor nivel socioeconómico o educativo^{16,17}.

También debería tenerse en cuenta que las mujeres, por lo general, se hallan en una situación socioeconómica desfavorecida. Sin embargo, y hasta hace relativamente poco tiempo, los estudios según el sexo se planteaban de forma paralela a la clase social, prescindiendo de una visión integradora de ambos ejes de desigualdad^{16,18,19}.

El número de personas mayores de 65 años está aumentando de forma vertiginosa en todo el mundo desarrollado. Las proyecciones demográficas en el tiempo pronostican que España será uno de los países más envejecidos del mundo en las próximas décadas. Las personas mayores de 65 años y los ancianos son un grupo de población que se caracteriza por tener bajos recursos económicos y por un empeoramiento de su SA, debido principalmente a la disminución de la funcionalidad. La escasez de servicios socio-sanitarios existentes para ayudar a las personas de mayor edad²⁰ debería ser causa de preocupación. Por todo ello, sería necesario conocer los factores que hacen que la salud de las personas vaya deteriorándose, para tratar de retrasar lo más posible la pérdida de autonomía y la dependencia y, así, tratar de poner los recursos necesarios a disposición de los mayores.

El género como predictor de desigualdad en la SA

Varios autores han destacado la necesidad de explorar los factores que hacen que persista la desigualdad de género a pesar del aumento de la presencia de la mujer en el mercado laboral y de las políticas de igualdad²¹.

El primer paso sería plantear que cualquier investigación en salud desagregara los datos según el sexo de los individuos sujetos a estudio, ya que la distribución o la prevalencia de los determinantes de la salud podrían variar según que el individuo fuera hombre o mujer, dadas las dimensiones biológicas y sociales que caracterizan a la salud de varones y mujeres¹⁸.

Para ayudar a rellenar el vacío aún existente en el estudio de las DSS por género, en 2007 se aprobó en España la denominada Ley de Igualdad (Ley Orgánica 3/2007), que establecía que “el tratamiento de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas... debe permitir el análisis de género, incluyendo, siempre que sea posible, su desagregación por sexo”²².

En los siguientes apartados se amplían los conceptos y términos clave que utilizamos a lo largo de esta tesis doctoral.

1. A qué llamamos salud. Diferentes conceptos de salud

En 1948, la Organización Mundial de la Salud definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”²³. Esta definición sigue aún vigente, pero, a lo largo de los años, se han planteado diferentes limitaciones a este planteamiento, principalmente en dos sentidos:

Por un lado, el término “completo” que aparece en la definición supondría que durante la mayor parte de su vida las personas estarían “enfermas”, lo que podría representar una medicalización de la salud si se tratara de lograr ese bienestar absoluto que la OMS promulga de manera tan ambiciosa.

Por otra parte, el aumento de las enfermedades crónicas hace que la mayor parte de la población viva décadas con una patología, sin que por ello cambie su estado de salud o sin que ello le impida realizar una vida normal²⁴.

En décadas posteriores se han planteado diferentes variaciones en esta definición.

Por ejemplo, se ha criticado que la definición original sea estática, mientras que la salud es variable a lo largo de la vida del individuo²⁵.

También se ha sugerido que la salud tiene dos vertientes: una subjetiva, que incluiría los distintos grados del “sentirse bien”, y otra objetiva, que coincidiría con la “capacidad funcional”, es decir, con el grado de funcionalidad o las limitaciones que los individuos tienen para desempeñar sus diferentes actividades diarias²⁵.

En consecuencia, la OMS modificó su propio concepto de salud y, en 1978, en la “Estrategia salud para todos en el año 2000”, la definía como “el nivel suficiente de bienestar que permite desarrollar la propia capacidad funcional y vivir activamente en sociedad”²⁶.

Debido a que las personas no vivimos de forma aislada, sino que dependemos del medio que nos rodea, se ha planteado recientemente si la salud debería definirse como la “capacidad del individuo de adaptarse y desenvolverse en sus propias circunstancias”, siendo el papel del médico el de ayudar al paciente a adaptarse a sus afecciones^{24,27}.

Los determinantes de la salud

La definición de *determinante de la salud* que propuso la OMS en 1998 es la de “un conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el nivel o estado de salud de los individuos y las poblaciones”²⁸. El modelo clásico que elaboró Lalonde²⁹ en 1981 indica que la salud es el resultado de la interacción de cuatro factores:

1. La biología humana, centrándose principalmente en la carga genética que determina el desarrollo de enfermedades;
2. El medio ambiente, que encuadra los factores psicosociales del individuo y la contaminación del medio en el que vive;
3. Los estilos de vida y las conductas de la salud, que pueden influir negativamente en la salud del individuo;
4. El sistema de cuidados de la salud, teniendo en cuenta su calidad y accesibilidad.

Con la declaración de la Carta de Ottawa en 1986, se comenzó a dar mayor importancia a los determinantes sociales y económicos de la salud. Se ha observado que la asistencia sanitaria proporcionada por los servicios sanitarios no es el determinante más importante para la salud de los individuos, pero sí uno de los que más dinero reciben por parte de los gobiernos³⁰.

En 1992 surgió el llamado “modelo de capas” de Dahlgren y Whitehead³¹ (Figura 1) en el que los individuos se encuentran en la base del modelo, junto a sus factores biológicos y genéticos, influenciados en primer lugar por los estilos de vida elegidos y, progresivamente, rodeados por las características del ambiente en el que vive cada uno, en el que intervendrían el soporte social, la atención sanitaria, las condiciones de vida y trabajo, y, por último, las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales que influyen en todas las capas previas, provocando las distintas condiciones de salud de las personas.

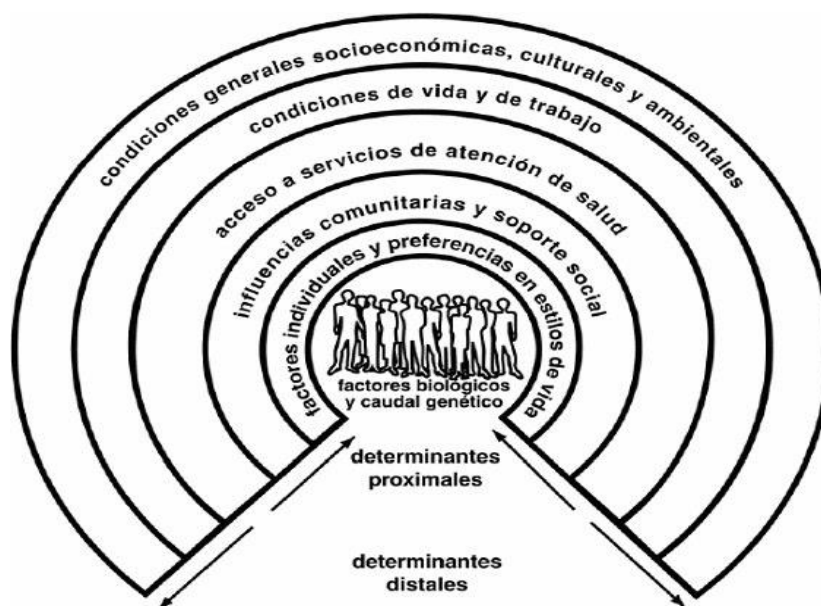


Figura 1. Modelo de capas de Dahlgren y Whitehead.

Por todo lo anterior, las características biológicas, y, sobre todo, el contexto de un individuo, determinan su salud. Partiendo de este planteamiento, se consideraría poco adecuado culpar a una persona de su falta de salud, ya que no somos capaces de controlar la mayoría de los determinantes que nos hacen enfermar, o de intervenir en ellos.

2. Las Desigualdades Sociales en Salud (DSS)

Las Desigualdades en Salud (*Health Inequalities* en inglés) han sido definidas como “aquellas diferencias en salud injustas y evitables, entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente”³².

Las desigualdades sociales en salud (“*health inequities*” en inglés) serían “las diferencias en las herramientas de las que disponen los individuos en relación a la salud, según su clase social, sexo, territorio o etnia”^{33,34,35}.

Existen distintos modelos para explicar las causas o factores determinantes de las desigualdades en salud. Uno de los más utilizados es una adaptación del modelo propuesto por Orielle Solar y Alec Irwin³⁶ en 2007 para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS³⁷ (Figura 2).

Este modelo contiene dos elementos principales: los factores estructurales y los factores intermedios de las desigualdades en salud.

Los *factores estructurales* se componen del contexto socioeconómico y político y de la posición socioeconómica.

El contexto socioeconómico incluye el gobierno -en su sentido más amplio- y las políticas económicas y sociales que este lleva a cabo.

Hay estudios publicados que asocian la tradición política con la disminución de DSS. Así, países con tradición socialdemócrata han logrado mejorar indicadores de salud como la mortalidad infantil y lograr una menor desigualdad, por ejemplo, en la renta¹⁸.

La posición socioeconómica se conforma por las diferentes componentes que determinan las jerarquías de poder en la sociedad, como son la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza y el territorio. Se benefician de esta “posición” las personas de clases sociales altas, los varones, las personas jóvenes y adultas no ancianas, las de raza blanca y las originarias de las áreas geográficas más ricas.

Los *factores intermedios* incluyen las circunstancias materiales de las personas, la situación social, los estilos de vida, el acceso al sistema sanitario y la calidad de este. Todos ellos intervienen en la aparición de las desigualdades en salud y en los niveles de bienestar.

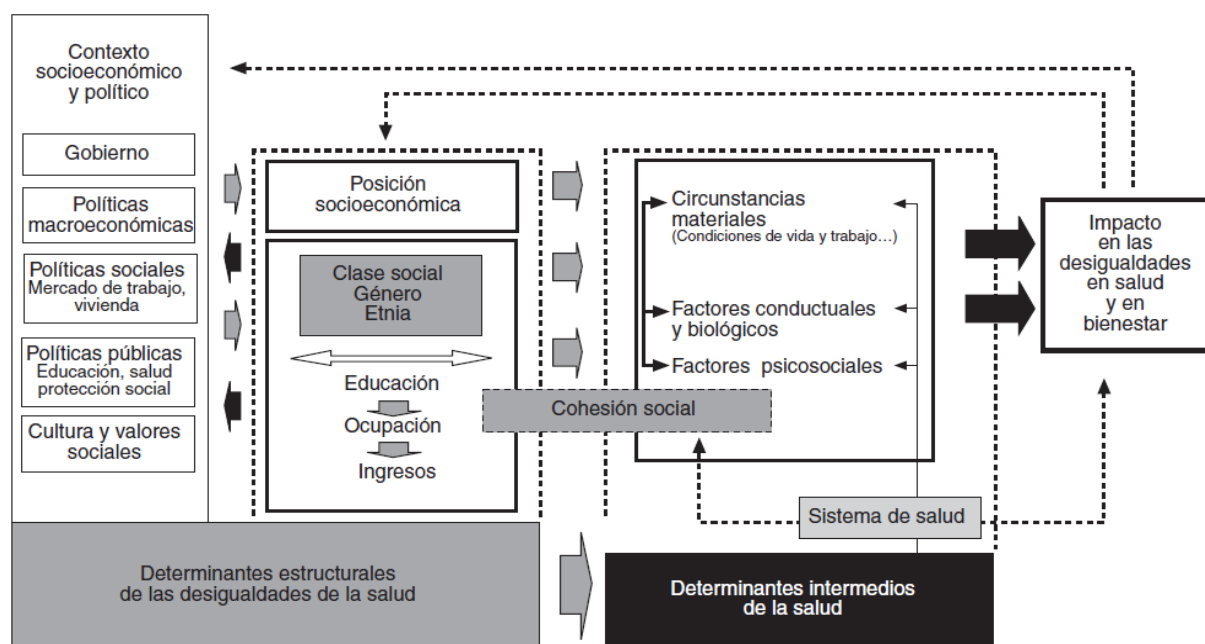


Figura 2. Marco conceptual de los determinantes de las DSS (Solar, Irwin, 2007).

En 1980 se publicó en el Reino Unido el llamado *Informe Black*³⁸ que mostraba las desigualdades en la mortalidad entre las distintas clases sociales, en ambos sexos y a cualquier edad. Este informe planteaba 39 recomendaciones para frenar estos resultados, entre las que destacaban la reordenación territorial de los recursos sanitarios y la mejora de las condiciones materiales de vida de los más pobres.

En 1996, el *Estudio Whitehall*³⁹ (Marmot 1996), en el que se había estado siguiendo durante más de 10 años la evolución del estado de salud de más de 17.000 funcionarios en Londres, confirmó que la tasa de mortalidad por problemas cardiovasculares era mayor en las personas de los niveles inferiores de la escala jerárquica.

Desde entonces, los sucesivos gobiernos británicos han encargado al profesor Michael Marmot, director del *Instituto de Equidad en Salud* del *University College* de Londres, que siguiera registrando y analizando las desigualdades de salud en el Reino Unido, tarea que culminó con la publicación del *Informe Marmot*⁴⁰ en 2010. Este estudio ha determinado las líneas estratégicas de las políticas sanitarias y sociales clave, a las que se dirigen todos los esfuerzos para conseguir abordar y corregir las desigualdades en salud.

Más recientemente, en 2012, Marmot ha sido el principal autor de un nuevo *Informe*⁴¹ que recoge otra serie de recomendaciones para tratar de abordar las desigualdades sociales en salud a nivel europeo. Además, el proyecto EUROTHINE, entre 2005 y 2007, concluyó con la necesidad de intervenir en los factores intermedios y en los estilos de vida para acabar con las DSS de los distintos países analizados⁴².

A nivel mundial, el informe de la *Comisión de Determinantes Sociales de Salud de la OMS* de 2008³⁴, también dirigido por Marmot, concluyó con tres recomendaciones:

- 1^a) mejorar las condiciones de vida desde la infancia;
- 2^a) luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos;
- 3^a) a nivel de las distintas naciones, se debe medir la magnitud del problema de las DSS, analizarlas y evaluar los efectos de las intervenciones.

En España, el estudio de las desigualdades en salud ha tenido escasa prioridad política³². En 1994 se estableció una *Comisión para el Estudio de las Desigualdades Sociales en Salud*, que en 1996 publicó un informe en el que se describían las desigualdades existentes, tanto en mortalidad como en salud autopercebida, en las conductas relacionadas con la salud y en la utilización de servicios sanitarios, y entre las diferentes comunidades autónomas³.

En 2010 se publicó el Informe *Avanzando hacia la Equidad*³⁷, en el que la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, configurada en 2008, presentó un total de 27 recomendaciones principales y 166 específicas.

También algunas Comunidades Autónomas, como Cataluña^{43,44}, País Vasco⁴⁵ y Andalucía⁴⁶, han realizado informes exhaustivos sobre este particular. Estos, y otros estudios^{16,47,48,49}, han revelado que, en España, la posición socioeconómica, la edad, el género, el territorio y, más recientemente, el ser inmigrante, son los principales factores generadores de desigualdades en salud, con un enorme impacto sobre la salud de los individuos y del conjunto de la población.

Los estudios consultados indican que las DSS han ido en aumento, incluso en los países más ricos, a pesar de que, a lo largo de los últimos años, ha mejorado la salud de toda la población. En los países desarrollados, pese a haber logrado la práctica erradicación de enfermedades infecciosas (como la difteria, el sarampión o la fiebre tifoidea), que conllevaban la muerte entre los más pobres, persisten entre los más desfavorecidos una mortalidad mayor y una salud peor, especialmente por el aumento en ese grupo de población de la prevalencia de factores que aumentan el riesgo cardiovascular y de cáncer, tales como las dietas con alto contenido en grasas, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y la falta de ejercicio físico⁵⁰.

Esta persistencia en las diferencias de salud entre clases sociales se debe, en parte, a la llamada *equidad inversa* de los servicios asistenciales. Esta hipótesis⁵¹ postula que las intervenciones en la salud pública alcanzan en primer lugar a los pertenecientes al estatus socioeconómico más alto, ya que poseen mayores conocimientos sanitarios y disponen de mayores recursos para cambiar sus hábitos de vida a medida que avanza el conocimiento médico. Estas intervenciones no alcanzan a la población de las clases sociales más bajas hasta después de muchos años.

Esta teoría se basa en la Ley de cuidados inversos, propuesta por Tudor Hart⁵² hace más de 40 años, que explicaba cómo el acceso a la atención médica era escaso entre los que más la necesitan y que la asistencia sanitaria se concentraba en los grupos de población en los que existía menor necesidad.

Al evaluar los posibles resultados en salud de las políticas socio-sanitarias que se van poniendo en marcha, se debería tener en cuenta la teoría de la equidad inversa, ya que es necesario esperar el tiempo preciso para poder observar si dichas intervenciones logran disminuir la brecha temporal existente, hasta lograr alcanzar a la población socioeconómicamente más desfavorecida.

En España, un número creciente de publicaciones ha descrito y analizado las desigualdades sociales en salud, existentes tanto en la población general como en distintos colectivos socialmente más desfavorecidos. Estas desigualdades tienen un enorme impacto en la salud de la población y, por lo tanto, deberían ser una prioridad de las políticas de salud pública y un eje transversal de las políticas sanitarias de cualquier país, en línea con las propuestas tanto de los principales organismos internacionales como de los diversos países de nuestro entorno³⁷.

3. La salud autopercebida (SA)

Qué es la Salud Autopercebida (SA)

Como señalamos anteriormente, en 1948 la Organización Mundial de la Salud definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”²³.

Este cambio de paradigma en el concepto de la salud promocionó el uso de otros indicadores de salud (definidos como las herramientas necesarias para evaluar el estado de salud de la población y sus servicios sanitarios) distintos a los habituales –basados en la información estadística existente–, que midieran no solo la patología física, sino también las alteraciones psicológicas y la problemática social que padece el individuo. El estado de salud de un individuo solo se conocerá si analizamos un conjunto amplio de indicadores de salud, tanto objetivos como subjetivos⁵³.

La salud autopercebida (SA) es uno de los indicadores de resultado de salud más utilizados en la investigación en desigualdades en salud. Se considera un fiel reflejo del estado de salud en el que se encuentra el individuo, tanto desde el punto de vista físico o psicológico como sociocultural^{3,54}.

Cómo se evalúa la Salud Autopercebida (SA)

La SA se obtiene mediante una pregunta incluida en las llamadas Encuestas de Salud (ES) que se realizan periódicamente en diversos ámbitos territoriales (regionales, nacionales e internacionales). La pregunta es: “¿Cómo considera usted su estado de salud?”.

Dado que la salud no es un fenómeno continuo, es decir, que no siempre es igual en todas las etapas del individuo, en ocasiones esa pregunta se pone en relación a un periodo de tiempo y/o se pide que se compare con respecto a los individuos de la misma edad del encuestado⁵⁵, obteniendo resultados equiparables⁵⁶.

En las Encuestas de Salud de los Estados Unidos, las opciones de posibles respuestas son: “Excelente, muy buena, buena, regular y mala”. La OMS (1996), y el grupo EURO-REVES 2, recomendaron otra escala, que ofrecía las siguientes opciones de respuesta: “Muy buena, buena, regular, mala y muy mala salud”⁶. Sin embargo, en 2008 se presentó un estudio que mostraba que ambas posibilidades de respuesta estaban fuertemente correlacionadas y tenían asociaciones similares con diversos indicadores demográficos y de salud⁵⁷.

Para el estudio global de la SA, los resultados suelen agruparse en dos opciones: “mala SA y buena SA”. Dependiendo de la escala utilizada (norteamericana o europea), las opciones de respuesta se agrupan como sigue:

- Para las encuestas tipo EURO-REVES (como la Encuesta Nacional de Salud de España, ENSE), la “mala SA” agrupa las opciones “muy mala, mala y regular”, mientras que la “buena SA” incluiría las otras dos opciones, “buena y muy buena”.
- Para las Encuestas de Salud del tipo de las realizadas en EE.UU. (modelo elegido, por ejemplo, por las Encuestas de Salud de Cataluña) la “mala SA” incluiría las categorías “regular y mala”, mientras que la “buena SA” agrupa las respuestas de “excelente, muy buena y buena”.

Asociación entre la Salud Autopercebida (SA) y otros indicadores de salud

El valor de disponer de la estimación poblacional de la salud autopercebida radica en que este indicador se ha presentado como un potente predictor del padecimiento de enfermedades crónicas^{3,54,58}, de la utilización de los servicios sanitarios^{4,5,59} e, incluso, de mortalidad^{6,7,60-62}.

Para tratar de explicar estas asociaciones, Jylhä⁶ propuso un modelo teórico en el que la percepción del estado de salud sería un proceso cognitivo en el que el individuo, al ser preguntado acerca de cómo cree que es su estado de salud, valoraría de forma objetiva la información médica que posee y de forma subjetiva sus propias sensaciones, influenciado por los factores ambientales (sociales y culturales) que le rodean (Figura 3).

Al parecer, la dificultad para dar validez externa a las respuestas sobre la propia SA radica en que no hay un consenso universal que muestre a los individuos qué es lo que se considera como tener “buena salud”.

Otro modelo, propuesto por Knäuper & Turner⁶³ en 2003, propone que el individuo, en el proceso de respuesta, construya una representación o imagen mental de su propio estado de salud, influido por los factores sociodemográficos y personales que lo envuelven.

*“¿Cómo es su salud en general?
¿Es excelente, muy buena, buena,
regular o mala?”*

**Factores externos que
influyen en la evaluación**

Evaluación del propio estado de salud

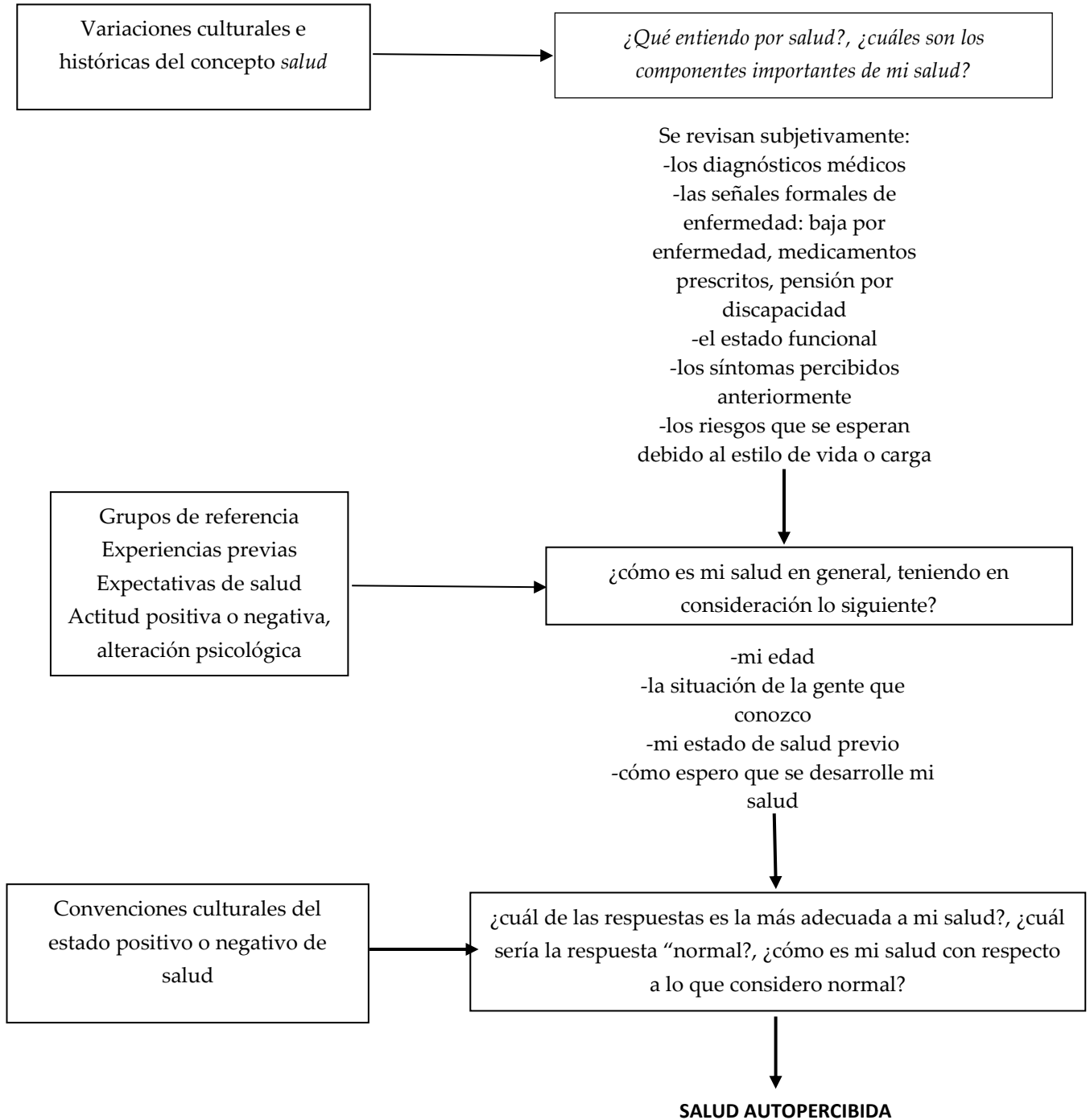


Figura 3. Modelo para la evaluación individual de la salud autopercebida

Los determinantes de la salud suelen asociarse de forma significativa a la salud autopercebida, ya que predisponen a las enfermedades o dolencias crónicas, que serán las responsables de cómo se sienten los individuos y cómo percibirán su estado de salud⁶.

Asociación entre la Salud Autopercebida (SA) y la mortalidad

A la hora de relacionar la SA con la mortalidad, se ha observado recientemente que ciertas características de la población se asocian de forma más potente que otras con el riesgo de morir:

- La SA predice mejor la mortalidad en los hombres que en las mujeres⁶⁴. Como posible explicación se señala que la distancia entre ambos indicadores es menor en los hombres debido a que, en cualquier grupo de edad, los varones tienen mayores tasas de mortalidad comparados con las mujeres⁶⁵.

- En la asociación entre la SA y la mortalidad en función de la edad, no hay acuerdo entre todos los autores.

Así, Guimaraes⁶⁶ considera que la SA sería un predictor de mortalidad mejor en los jóvenes que en los mayores, y formula posibles explicaciones para esta observación. En primer lugar, los adultos de las sociedades occidentales cada vez llegan con mayor edad a situaciones de baja funcionalidad, por lo que su SA no empeoraría hasta edades muy avanzadas. Por otro lado, al cumplir años, las personas se “conforman y ven con normalidad” un cierto deterioro de su salud, sin que por esto manifiesten sentir una peor SA. Por último, podría justificarse por una distinta percepción de SA que tendrían las distintas generaciones.

Por el contrario, otros^{62,67} encuentran que la SA es un buen predictor de mortalidad entre las personas mayores, para las que “sentirse mal” estaría muy relacionado con el final de la vida. En otro estudio en ancianos⁶⁸, se observó que la SA estaba relacionada solo con algunas causas de muerte, como las enfermedades respiratorias o cardiovasculares.

Mientras tanto, en un último estudio⁶⁹ no se encontraba ninguna tendencia entre la edad de la persona que evaluaba su SA y su probabilidad de muerte, ya que la asociación era similar para todos los adultos mayores de 21 años, cualquiera que fuera su grupo de edad.

- En cuanto a los distintos grupos socioeconómicos, la literatura ofrece resultados diversos.

Según McFadden⁷⁰ y van Doorslaer⁷¹, el poder predictivo de la SA no parece variar entre grupos socioeconómicos.

Singh-Manoux⁷² 2007 encuentra que el potencial de la SA para predecir mortalidad se debilita cuando se eleva la clase social en personas de mediana edad.

Sin embargo, otros autores encuentran que la asociación es más fuerte en los que tienen mayor nivel de estudios y mayor nivel socioeconómico^{64,73-76}. Regidor⁷⁶ plantea como posible explicación que las personas de alto nivel educativo solo consideran su SA como “mala” cuando presentan enfermedades o dolencias que saben que suponen una mayor mortalidad, pues son más conscientes del mal pronóstico que implican, mientras que las personas de niveles educativos más bajos valoran peor su SA cualquiera que sea la gravedad o el pronóstico de sus patologías.

Pese a lo que se ha expuesto hasta este punto, en la literatura también se encuentran trabajos que dudan de la estrecha relación entre la SA y otros indicadores. Los resultados del

análisis de regresión en Castro⁷⁷, muestran que ninguno de los indicadores que se estudiaron (mortalidad agrupada por causas, morbilidad hospitalaria, accidentalidad laboral y consumo de medicamentos) era significativo a la hora de predecir la percepción de salud de las personas. Por tanto, es posible que esta relación esté condicionada por otro tipo de variables asociadas, como pueden ser las características de la personalidad o los aspectos sociodemográficos, lo que supondría que el estado de salud percibido no sería un buen indicador para asignar políticas sanitarias. Además, otros autores⁷⁷⁻⁷⁹ cuestionan que la SA sea un indicador de la “salud verdadera”, por lo sugieren más estudios para poder medirla con mayor precisión.

A pesar de estas limitaciones, se considera que el estudio del indicador Salud Autopercibida es necesario para poder evaluar el resultado de las intervenciones sanitarias y de las políticas de salud, por lo que debería utilizarse como un indicador rutinario en la práctica clínica y para poder comparar el estado de salud entre distintas poblaciones. En este último caso, la SA es el indicador más fácilmente aplicable y que proporciona más información, tanto para predecir el estado de salud de la población como para conocer el uso de los servicios sanitarios⁶.

Diferencias entre la Salud Autopercibida (SA) y la Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS).

Varios estudios coinciden en afirmar que el término Salud Autopercibida no es intercambiable por el de Calidad de Vida².

En 1999, Smith⁸⁰ realizó un estudio para conocer si algún paciente diagnosticado de alguna enfermedad crónica, de un listado de 12, diferenciaba entre su Calidad de Vida y su Salud Autopercibida, tanto a nivel físico como psíquico. Los resultados obtenidos mostraron que los pacientes relacionaban más la Calidad de Vida con los aspectos psicológicos, mientras que en la SA influía más el estado físico.

Por otro lado, algunos autores como Kind⁸¹ han propuesto que la Calidad de Vida y el estado de salud son equiparables; sin embargo, se ha observado que la SA, efectivamente, influye en la Calidad de Vida que expresa un paciente, pero existen otros muchos factores vitales, además del estado de salud, que hacen que una persona exprese una u otra percepción de la Calidad de Vida².

La Salud Autopercibida (SA) como un indicador sensible al género.

Según la OMS⁸², los indicadores de salud sensibles al género deben dar información acerca de los cambios sociales a lo largo del tiempo, en relación al estatus y al rol de mujeres y hombres. No solo deben limitarse a dar diferencias por sexo, sino que deben situarse en un constructo social en el que el género define las características y los comportamientos que cada cultura asigna como propios y naturales a varones y mujeres.

Varias monografías recogen la salud autopercibida como un buen indicador de salud sensible al género, capaz de monitorizar las desigualdades de salud en función del mismo^{15,21}.

4. Encuestas de Salud (ES)

Las Encuestas de Salud (ES) son la principal fuente de datos para conocer la SA de la población, por lo que es esta la metodología empleada por una gran parte de los estudios incluidos en una revisión sistemática que, como la nuestra, se plantea estudiar la SA. Este apartado pretende ampliar información sobre las Encuestas de Salud (ES), exponiendo su utilidad y sus limitaciones.

Las ES son entrevistas personales que se realizan en distintos ámbitos de estudio para conocer el estado de salud y las variables relacionadas con el mismo de los individuos encuestados⁵⁵.

Las ES, además de sobre la salud autopercebida, recogen datos sobre morbilidad, discapacidad, estilos de vida (hábito tabáquico, consumo de alcohol o realización de ejercicio) y utilización de servicios sanitarios, entre otros¹⁸.

Desde los años 80 en España se vienen realizando Encuestas de Salud monográficas (dedicadas a aspectos concretos de la salud, como son el consumo de drogas o los comportamientos sexuales) y generales, tanto a nivel municipal como regional-autonómico y nacional. Un reciente estudio⁸³ hizo una compilación de las ES realizadas en nuestro país en las últimas décadas a nivel autonómico o nacional y que seguían “activas” (que hubieran pasado menos de 5 años desde la última edición). Se localizaron un centenar de ES, de las que 16 eran Encuestas de Salud generales y 84 eran Encuestas de Salud monográficas.

Al analizar once de ellas, se señalaron los siguientes puntos en común:

- La población estudiada incluía a todos los individuos no institucionalizados.
- La técnica de recogida de datos era mediante entrevista.
- El tipo de diseño muestral utilizado era un muestreo polietápico estratificado.
- Había cuatro grandes bloques de recogida de datos: datos sociodemográficos, datos sobre el estado de salud, datos de utilización de los servicios sanitarios y datos sobre los determinantes de la salud.

Las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) en España (ENSE)

En España, el actual Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad realiza la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) que “es una investigación de periodicidad quinquenal que permite conocer numerosos aspectos de la salud de los ciudadanos a nivel nacional y autonómico, y planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria”.

En las cinco ENSE efectuadas entre 1987 y 2001, el organismo encargado de realizar el trabajo de campo fue el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Desde el año 2003 el encargado de realizar las ENSE es el Instituto Nacional de Estadística (INE). El contenido general de la encuesta incluye características geográficas, demográficas y socioeconómicas. Las preguntas van dirigidas a conocer el estado de salud de los entrevistados, el medio ambiente del lugar en el que residen, los estilos de vida y las prácticas preventivas que

realizan, la utilización de los servicios sanitarios y el consumo de medicamentos. Existe la posibilidad de realizar una explotación de los datos mediante la consulta de un fichero de microdatos para el periodo entre 1987 y 2001. Para los años 2003 - 2011/12, la documentación técnica está incluida en ficheros "zip" disponibles en una página web del Ministerio de Sanidad.

La ENSE y el análisis de género

Como se ha comentado en el apartado anterior, las Encuestas de Salud en España comenzaron en la década de los 80, aunque hasta la década siguiente no empezó a tenerse en cuenta la perspectiva de género a la hora de elaborar los cuestionarios.

A partir de un documento elaborado por el grupo de género de la SESPAS en el año 2000⁸⁴, las ES aportan información que puede ayudar a aclarar los factores que influyen en las desigualdades de salud por género.

La ENSE de 2001 incide tanto en el trabajo que se realiza fuera de casa como en las tareas domésticas y en su reparto dentro del hogar⁸⁵. La ENSE de 2006 representa un cambio aún más importante desde la perspectiva de género, pues la persona de referencia de la entrevista deja de ser el sustentador principal del hogar y pasa a ser la propia entrevistada –si la persona seleccionada a priori como muestra fuera una mujer–, pudiendo así analizar con más detalle la situación económica y laboral por género. La ENSE 2011 ahonda en el reparto de las tareas domésticas al preguntar por las horas que se dedican a ellas y si existe una persona contratada para ayudar a realizarlas. Destaca, además, la inclusión de preguntas acerca de la violencia en la pareja⁸⁶.

5. El análisis de género en el estudio de las desigualdades en salud

El primero que utilizó la noción de género fue el psicólogo y psiquiatra John Money, en 1947, en sus estudios sobre hermafroditismo. No fue hasta mediados de los años setenta cuando varias autoras feministas hablaron por primera vez de la construcción social de las diferencias sexuales, principalmente a raíz de la publicación de *Sexo, género y sociedad*⁸⁷, de Ann Oakley, y del ensayo de Gayle Rubin *El tráfico de mujeres: Notas sobre la "economía política" del sexo*⁸⁸.

El término "género" es un concepto social que reúne las ideas, normas y comportamientos que la sociedad ha establecido para cada sexo, y el valor y significado que se les asigna, en un marco de referencia social de un sistema de patriarcado, que es el dominante en casi todas las culturas del mundo⁸⁹. Se diferencia del término "sexo" en que este último solo apunta a las características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres. Como ya se ha comentado anteriormente, la razón que nos lleva a elegir el estudio de la SA por género responde a que el género es uno de los principales determinantes de la salud²¹.

Está documentado que no existe ninguna sociedad en el mundo en que las mujeres sean tratadas igual que los hombres⁹⁰. Las mujeres son, mayoritariamente, las encargadas de realizar lo que se ha llamado el "trabajo reproductivo", término que hace referencia a las

labores destinadas a satisfacer las necesidades de la familia, e incluye las tareas domésticas y el cuidado de las personas dependientes, tanto menores como mayores¹⁴.

Debido a su incorporación parcial al “trabajo productivo”, que es el que se realiza fuera de casa y por el que se recibe remuneración, las mujeres son especialmente vulnerables a la pobreza, principalmente mientras sus hijos no superen la edad escolar. Existe asimismo una gran desigualdad de ganancias y riqueza entre mujeres y hombres, especialmente en los países en vías de desarrollo, si bien, a nivel europeo, se revela también que la brecha de género de menores ingresos por la maternidad aumenta con cada nuevo hijo^{91,92}.

La incorporación de la mujer al mercado laboral, relativamente reciente, ha hecho que ellas combinen el trabajo fuera de casa con el rol tradicional de trabajo doméstico, el cuidado de los hijos y de las personas mayores dependientes, lo cual deriva en un aumento de la carga de responsabilidades y de las horas de trabajo, en detrimento del tiempo de ocio o de desarrollo personal⁹³.

Además, en el medio laboral las mujeres soportan mayor inestabilidad, con mayores tasas de contratos precarios, salarios bajos y desempleo^{16,94}. El mercado laboral se caracteriza, en lo que a la desigualdad de género se refiere, por una “segregación vertical” –ya que las mujeres ocupan los puestos menos cualificados–, y por una “segregación horizontal”, porque las mujeres no están presentes en todos los sectores de actividad económica, siendo predominante su participación en el sector servicios^{95,96}.

España, en las dos últimas décadas, ha pasado de ser un país en el que el hombre era el encargado de realizar el trabajo fuera de casa a conseguir tasas de incorporación de la mujer al mercado laboral similares a las de otros países europeos, como Francia y Suecia. En un 40% de las parejas con hijos, ambos miembros realizan un trabajo remunerado. Sin embargo, al trabajo doméstico le siguen dedicando más tiempo las españolas respecto al tiempo dedicado por las mujeres de dichos países⁹⁷.

Por todo lo anterior, se considera que existen fuertes desigualdades de género en cuanto a las horas que se dedican al trabajo reproductivo y a las características del trabajo productivo^{16,94,98}.

Las dos comisiones^{3,37} nombradas en 1993 y 2008 por el Ministerio de Sanidad para el estudio de DSS en España coinciden en recalcar que, entre los mayores de 15 años, las mujeres tienen peor SA que los hombres, a pesar de tener mayor esperanza de vida, lo que se ha denominado “la paradoja de la mortalidad”¹⁵. A nivel internacional, tanto dentro⁹⁹, como fuera de la Unión Europea¹⁰⁰, los resultados de diversos estudios coinciden con los encontrados en nuestro país.

Las diferencias en las respuestas sobre cómo perciben su salud hombres y mujeres podrían explicarse, en parte, por sus diferencias biológicas, hormonales o metabólicas, como, por ejemplo, las patologías que se derivan de los embarazos. Sin embargo, no son estos los únicos factores que pueden intervenir en las desigualdades de género de la SA¹⁰¹.

Las diferencias de sexo y de género también serían las responsables de las diferencias que aparecen en los determinantes de la salud, en cómo se percibe la salud, en los síntomas percibidos, la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios e incluso el tratamiento y el pronóstico. La violencia de género, la violencia física y psíquica que ejerce el hombre contra la mujer, sería el máximo exponente de desigualdad en salud por género, siendo responsable de

miles de muertes anuales en todo el mundo¹⁹. Es preciso conocer los factores que intervienen en las desigualdades de género para poder frenarlas.

6. La edad avanzada como factor de desigualdad en salud

Europa es una de las regiones del mundo donde la proporción de población mayor de 65 años aumenta con más rapidez. Esto representa un incremento de una parte de la población que percibe como “mala” su salud, principalmente entre aquellos ancianos más desfavorecidos socioeconómicamente y que son mujeres¹⁰²⁻¹⁰⁴.

El aumento de la edad también supone una disminución de la capacidad funcional, al tiempo que un empeoramiento de las capacidades cognitivas, lo que implica un aumento de la dependencia y un mayor uso de los servicios sanitarios¹⁰⁵.

Se ha planteado que, para tratar de reducir la “carga social” que representa un volumen cada vez más elevado de población mayor, son necesarias políticas que promuevan el envejecimiento activo y saludable^{41,106}.

En España, se calcula que en 2049 los mayores de 65 años representarán el 31,9% de la población española, con un aumento progresivo de las mujeres y del grupo de mayor edad (mayores de 90 años)²⁰.

Asimismo, un alto porcentaje de mayores se enfrenta en España a malas condiciones de vida debido a ingresos bajos¹⁰⁷, lo que los hace más vulnerables, sobre todo en el contexto actual de crisis económica y escasez de recursos sociales dedicados a su cuidado, principalmente en aquellos ancianos que cuentan con un menor soporte social y familiar²⁰.

Esta situación es especialmente preocupante entre las mujeres, pues reciben pensiones de menor cuantía económica, dada la baja y tardía incorporación al mercado laboral de las generaciones anteriores⁸. Además, son ellas las encargadas de los cuidados informales de sus maridos, normalmente de más edad que ellas y con menores capacidades funcionales y mayor dependencia, además de realizar las tareas del hogar, que en los últimos años incluyen el cuidado de los nietos, todo ello en detrimento de su estado de salud⁵⁴.

Se concluye que la salud de los mayores depende de tratar de conservar lo más preservada posible su capacidad funcional y tratar de retrasar la aparición de la dependencia de otras personas o de los servicios sociosanitarios. El buen conocimiento de estos factores debería contribuir a desarrollar políticas públicas orientadas a lograr un envejecimiento activo y saludable, especialmente entre la población adulta de edad avanzada más desfavorecida socioeconómicamente, y en particular si son mujeres^{108,109}.

7. Los factores socioeconómicos y su repercusión en las desigualdades en salud

Como hemos visto anteriormente, siguiendo el esquema de Solar e Irwin³⁶, la posición socioeconómica es uno de los determinantes estructurales principales de la aparición de desigualdades en salud.

Krieger¹¹⁰, en su glosario de epidemiología social, indica que debe usarse el término “posición socioeconómica” y no el de “nivel socioeconómico”. Con “posición socioeconómica” se englobarían tanto los recursos materiales y sociales de los que dispone un individuo como su prestigio social. Sin embargo, la expresión “nivel socioeconómico” solo se referiría a los recursos materiales, y sería menos apropiada para conocer cómo afecta la realidad social de un individuo a su salud.

Los indicadores que con más frecuencia se utilizan en los estudios sobre DSS son: la clase social por ocupación, el nivel educativo y el nivel de ingresos⁵⁴.

La clase social por ocupación como indicador de posición socioeconómica

La clase social, por lo general, se establece en función de la ocupación actual del sujeto de estudio, o de su última ocupación. En el caso de una Encuesta de Salud, si la persona no ha tenido un trabajo remunerado, se clasifica su clase social según la ocupación de la “persona de referencia” del hogar (la que aporta los ingresos principales a la unidad familiar).

En las Encuestas Nacionales de Salud, y en la mayoría de la literatura nacional¹¹¹, la clase social se ha clasificado siguiendo las propuestas del *Informe de Desigualdades Sociales en Salud en España*³ (utilizado en las ENSE 1987, 1993 y 1995/97) y de la Sociedad Española de Epidemiología¹¹² (utilizado en las ENSE 2001, 2003 y 2006).

La primera clasificación tiene 4 categorías, desde la clase I, que corresponde a la más aventajada, a la clase social IV, la más desfavorecida.

La segunda escala se basa en la utilizada en el Censo del Reino Unido (por ser una de las clasificaciones de clase social más empleadas en la literatura internacional y en la que se han basado muchos países para proponer su propia escala). Presenta 5 categorías, desde la clase social I, que equivale a la clase más favorecida, a la clase social V¹¹³.

Habitualmente, para tratar de garantizar la comparación de los datos derivados de encuestas que utilizan una de esas dos clasificaciones, se simplifican agrupando las clases sociales en dos grandes grupos:

- Clases “no manuales”: I-II de la primera propuesta y I-II-III de la segunda.
- Clases “manuales”: III-IV de la primera propuesta y IV-V de la segunda.

Ventajas de utilizar la clase social según la ocupación:

- Larga tradición histórica (desde 1851 es la clasificación por censo británico).
- Es útil para comparar grupos grandes de individuos y para el estudio de DSS.

Inconvenientes:

Al no clasificar directamente a la población que no trabaja, se generalizan a toda la población los resultados de los individuos que sí trabajan (generalmente varones de 16 a 64 años).

El nivel educativo como indicador de posición socioeconómica:

El nivel educativo puede medirse como una variable continua, si se registra como el número de años de instrucción reglada que ha cursado un individuo, o en categorías discretas según el nivel de estudios completado, desde la educación primaria a la secundaria y la universitaria¹¹⁴.

Ventajas de utilizar el indicador nivel educativo:

Es estable a lo largo de la vida de la persona y es fácil de obtener.

Inconvenientes:

No mide el nivel no reglado de educación, acumulado a lo largo de la vida de las personas.

El nivel de ingresos como indicador de posición socioeconómica:

Puede medirse en función de los ingresos individuales o, más habitualmente, el total de ingresos familiares, considerando que el reparto es equitativo entre todos los miembros del hogar¹¹⁴.

Ventajas de utilizar el indicador 'nivel de ingresos':

Es un indicador claro y fácilmente comprensible.

Inconvenientes:

Baja fiabilidad y baja notificación por parte de los individuos entrevistados, debido a los recelos que muestran para comunicar sus ingresos. No informa de los ingresos acumulados o ahorros.

La elaboración de esta tesis se plantea como un estudio de investigación orientado a la equidad, es decir, que tiene el propósito de identificar factores modificables mediante acciones políticas dirigidas a reducir o eliminar las desigualdades³². Tiene en cuenta los tres aspectos metodológicos que debe contener toda investigación en DSS^{3,115}:

1. Diseño del estudio: se plantea una revisión sistemática;
2. Indicadores sociales y sanitarios: estado de salud en mayores de 65 años y según el sexo;
3. Métodos de medición: valoración subjetiva del estado de salud o SA

Este trabajo trata de aportar conocimiento mediante la realización de una revisión sistemática de la literatura. Su punto de partida está en la necesidad de conocer las desigualdades en SA que sufren las personas de edad más avanzada y las mujeres de la población española mayor de edad, así como los factores que las favorecen y hacen que se mantengan en el tiempo. Comprender las DSS que se dan en nuestro país ayuda a establecer políticas públicas para corregirlas^{3,37}.

CAPÍTULO 2

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

2.JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.

JUSTIFICACIÓN.

Esta tesis surge de la necesidad de disponer de datos sobre las desigualdades sociales en salud que se dan en nuestro país, en línea con alguna de las líneas estratégicas en salud global^{116,117}.

En las últimas décadas, las DSS han aumentado en todos los países desarrollados¹⁵, lo que contrasta con el hecho de que son aún escasos los estudios que tienen en cuenta la perspectiva de desigualdades en salud, sobre todo si se compara este ámbito con otras áreas de investigación, como los factores de riesgo cardiovascular o el cáncer¹¹⁸⁻¹²⁰. Como se señaló en el informe SESPAS 2000⁸⁴, dentro del marco de la “Estrategia Salud para todos en el año 2000” de la OMS²⁶, los diferentes gobiernos españoles han dedicado escasos esfuerzos a corregir las desigualdades en salud.

Con esa finalidad, decidimos realizar una revisión sistemática de la literatura, por ser esta una potente metodología de estudio¹²¹ que permite sintetizar el conocimiento existente acerca de las DSS que se dan en España.

Se eligió la Salud Autopercebida (SA) como el indicador de salud objeto de estudio, dado que es un indicador frecuentemente analizado en la literatura y muy accesible a través de los diferentes tipos de encuesta que se han venido realizando en España en los últimos 30 años. Además, es un indicador que se puede relacionar con los distintos determinantes de salud de la población^{15,21}, con la utilización de los servicios sanitarios^{4,5}, con la probabilidad de padecer enfermedades crónicas³ e, incluso, con la probabilidad de muerte^{6,7}, como ya se ha explicado anteriormente.

También se decidió profundizar en el análisis de las DSS de la SA de la población en función del sexo y de la edad, dado que la literatura contiene múltiples ejemplos que señalan cómo los hombres y los jóvenes perciben su SA mejor frente a las mujeres y a las personas de mayor edad, sin que se hayan clarificado totalmente los factores causales de la existencia y el mantenimiento en el tiempo de dicha diferencia^{3,14,15}.

Por todo lo planteado anteriormente, este trabajo tiene como objetivos:

OBJETIVO GENERAL

Estudiar, mediante una revisión sistemática de la literatura, la existencia de desigualdades sociales en la percepción de la salud de la población general española mayor de edad no institucionalizada, y sus diferencias en función de la edad y el género.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el nivel de salud autopercebida en la población general española mayor de 65 años.
2. Identificar los factores que explican las diferencias de la salud autopercebida de los mayores de 65 años.

3. Conocer cómo es la salud autopercebida de la población general española mayor de edad según el sexo.
4. Identificar los factores que explican las diferencias de la salud autopercebida según el género.

Los objetivos específicos 1 y 2 se desarrollan en el capítulo 4, denominado “Desigualdades en la Salud Autopercebida de la población española mayor de 65 años”.

Los objetivos específicos 3 y 4 se desarrollan en el capítulo 5, denominado “Desigualdades en la Salud Autopercebida de la población española según el género”.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA GENERAL

3.METODOLOGÍA GENERAL.

3.1. LA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA COMO METODOLOGÍA DE ESTUDIO EN CIENCIAS DE LA SALUD

¿Qué es una revisión sistemática de la literatura?

Debido al aumento exponencial del volumen de información publicado en la literatura científica a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, es prácticamente imposible tratar de conocer toda la información publicada. En los años 70, frente al método narrativo de las revisiones de tipo “clásico” hasta entonces vigente, en el que se exponían o resumían consecutivamente las diversas aportaciones surgidas a lo largo del tiempo, se desarrolla la Revisión Sistemática (RS) como una metodología nueva que permitiría al investigador la síntesis de los conocimientos existentes sobre un determinado tema siguiendo un método científico¹²².

La elaboración de una RS es una aproximación retrospectiva mediante un procedimiento largo y complejo. Se da en ella especial relevancia a controlar los posibles sesgos, tanto en lo referente a la selección de los estudios como a su evaluación crítica y a la síntesis de los resultados obtenidos.

En la Tabla 1 se sintetizan las principales características de cada una¹²³.

Tabla 1. Características de las revisiones clásicas frente a las revisiones sistemáticas de la literatura.

| | Revisiones clásicas. | Revisiones sistemáticas. |
|--|---|--|
| Pregunta de investigación. | Amplia y poco definida. | Centrada en una cuestión concreta; bien definida. |
| Estrategia de búsqueda. | No especificada. No se plantea la revisión para localizar estudios. ALTA probabilidad de sesgos. | Sistemática y explícita para todas las fuentes relevantes. |
| Selección de los estudios. | No criterios de selección. ALTA probabilidad de sesgos. | Descripción explícita de los criterios de inclusión y exclusión. |
| Calidad de los estudios. | Generalmente no evaluada. | Evaluación crítica de la calidad metodológica de los estudios individuales mediante el empleo de herramientas validadas. |
| Síntesis de los resultados. | Resumen subjetivo, generalmente cualitativo. No estimador estadístico. | Basada en la calidad metodológica de los estudios. A menudo cuantificada por un estimador estadístico. |
| Interpretación de los resultados. | Basada en los estudios seleccionados de forma no rigurosa y en interpretaciones personales. | Basada en la evidencia científica, con identificación de las limitaciones. |

Limitaciones de las revisiones sistemáticas.

Uno de los principales errores de las conclusiones de las revisiones sistemáticas es la existencia del denominado “*sesgo de publicación*”. Este sesgo se presenta cuando no se logra incluir en la búsqueda inicial una parte sustancial de los estudios realizados sobre un tema. La causa principal es que aquellos estudios con resultados negativos, o estadísticamente no significativos, no llegan tan siquiera a ser impresos, ya que se ha comprobado que solo la mitad de los trabajos de investigación que se inician llegan finalmente a publicarse¹²⁴.

Lo mismo ocurre con la llamada “*literatura gris*”, término con el que se denomina a las fuentes de evidencia distinta de la publicada en las revistas que es posible localizar y recuperar en las principales bases de datos. Esta literatura gris suele publicarse en formato de informes, tesis doctorales, etc., o en revistas no indexadas en las principales bases de datos internacionales. Para evitar en lo posible este sesgo, se recomienda consultar al menos tres bases de datos diferentes y, siempre que sea posible, incluir la literatura gris.

Además, es útil consultar a uno o varios expertos en el tema de estudio, y también debe revisarse la bibliografía citada en los principales trabajos que tratan el tema de estudio. Igualmente, es imprescindible eliminar “*estudios duplicados*”, ya que es relativamente frecuente que un mismo estudio aparezca publicado en idiomas diferentes o en dos medios distintos de difusión.

Otra limitación de las revisiones sistemáticas se comete si está presente un “*sesgo de selección*” de los trabajos. Para evitarlo es necesario diseñar un protocolo de selección riguroso y estructurado previamente. Debe basarse en unos criterios claros, tanto de inclusión como de exclusión de los estudios¹²³.

Otro aspecto que debe tenerse en cuenta en una RS es el *nivel de heterogeneidad de los estudios* incluidos en ella, especialmente si el tema o el formato de los resultados de los estudios nos permiten plantear una RS tipo metaanálisis. Un metaanálisis es una RS que realiza una síntesis cuantitativa de los resultados.

Otro aspecto importante es el de la *validez de los resultados* de una revisión, que será mayor cuanto más calidad tengan los estudios individuales seleccionados; por tanto, a la hora de elaborar una RS, se hace imprescindible evaluar la calidad de cada estudio individual incluido en la RS.

Por último, las revisiones sistemáticas están concebidas para sintetizar el conocimiento sobre un tema, por lo que precisan ser lo más actualizadas posibles. Así, por ejemplo, la Colaboración Cochrane pide a sus autores que las revisiones se actualicen cada cuatro años¹²².

Realización y publicación de una revisión sistemática.

En las últimas décadas ha aumentado la preocupación por unificar y hacer explícitos los criterios para evaluar la calidad de los estudios publicados en investigación biomédica. Así, en 1996 se desarrolló la declaración CONSORT (*Consolidated Standards of Reporting Trials*) dirigida a evaluar diseños del tipo Ensayo Clínicos Aleatorizados (ECA), en 2005 se publicó la Declaración STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) para estudios observacionales, y en 2009 se dio a conocer la Declaración PRISMA¹²⁵ (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*) para revisiones sistemáticas y metaanálisis. Todos ellos se reunieron bajo la iniciativa internacional EQUATOR (*Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research*), liderada, entre otros, por el *National Institute of Health Research* y la *Pan American Health Organization*¹²¹.

La Iniciativa STROBE, utilizada en numerosas publicaciones nacionales e internacionales, contiene las recomendaciones para procesos editoriales de trabajos observacionales, incluyendo los tres diseños más importantes para la epidemiología analítica observacional: el de casos y controles, el de cohortes y los estudios transversales¹²⁶.

Con el objetivo de establecer las características que debe reunir la publicación de una Revisión Sistemática, en 2009 nace la declaración PRISMA, basada en la iniciativa QUOROM (*Quality Of Reporting Of Metaanalysis*) de 1999. Establece las normas para mejorar la calidad en la publicación de ensayos clínicos y metaanálisis. A diferencia de la iniciativa CONSORT, enfocada a ensayos clínicos, QUOROM no ha tenido gran aceptación en las revistas biomédicas, quizá por la escasa evaluación del impacto en la mejora de las publicaciones¹²¹.

La Declaración PRISMA¹²⁵ (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*) propone y desarrolla 27 posibles apartados que deberían estar presentes en una publicación tipo RS o metaanálisis. Está dirigida especialmente a RS en las que los estudios primarios son ensayos clínicos, aunque, según la propia Declaración PRISMA, también es adecuada para RS que incluyan otro tipo de estudios, si bien es preciso modificar algunos apartados.

Es una guía muy explícita, elaborada para mejorar la calidad de las RS publicadas. ya que podemos conocer el contenido y las etapas seguidas para comprobar que la RS es metodológicamente correcta¹²⁷.

Su publicación coincidió con la actualización del Manual del revisor de RS de la colaboración Cochrane¹²², guía metodológica que utilizan los revisores y autores que elaboran RS para dicha entidad. Ambas publicaciones tienen muchos puntos en común, ya que algunos de los autores de la Guía PRISMA trabajaban también para la Colaboración Cochrane.

Después de la publicación inicial de la Declaración PRISMA se han publicado adaptaciones, tales como la Guía para la publicación de RS, enfocada al estudio de la equidad en salud en 2012¹²⁸, y la Guía para la publicación de Resúmenes de RS en 2013¹²⁹.

El proceso de elaboración de una RS conlleva, en general, una primera fase que corresponde a la planificación y el diseño de la revisión. Esta fase se compone a su vez de varias partes, como:

- 1- La identificación de la necesidad de realizar la RS.
- 2- La definición de la pregunta de investigación.
- 3- El desarrollo de un protocolo, que expone los objetivos y metodología de la RS.
- 4- La definición de la estrategia de búsqueda bibliográfica para una primera identificación de los estudios que van a componer la RS, con criterios de inclusión y exclusión explícitos.
- 5- La definición del procedimiento para evaluar la calidad de los estudios.

La segunda fase de la RS corresponde a la ejecución de la RS. Se inicia con la extracción y síntesis de los resultados de los diferentes estudios seleccionados y, la elaboración de las conclusiones de la RS.

Finalmente, la RS se completaría con su publicación¹³⁰ y difusión.

Como hemos comentado, tanto la Declaración PRISMA¹²⁵ como el Manual del revisor de RS de la Colaboración Cochrane¹²² detallan los apartados que deben de cumplir todas las RS. Entre ellos mencionan:

1. Título: el término “Revisión Sistemática” debe de incluirse en el título para hacer explícita la metodología escogida.
2. Resumen estructurado: En 2013 se publicó una ampliación de la Declaración PRISMA¹²⁹, sugiriendo los epígrafes que debería de cumplir cualquier resumen estructurado de una RS.
 - a. Título: debe de incluir que el estudio es una RS. Es deseable que contenga la máxima información posible acerca de la población de estudio, el diseño del trabajo o los resultados a medir.
 - b. Objetivos de la revisión.
 - c. Criterios de inclusión y exclusión: el tipo de estudio que se quieren localizar y los límites de idiomas y del periodo temporal de publicación.
 - d. Estrategias de búsqueda y fecha de la última búsqueda.
 - e. Métodos utilizados para neutralizar los posibles sesgos.
 - f. Número y tipo de estudios incluidos.
 - g. Síntesis de los resultados obtenidos.
 - h. Efecto de los resultados con respecto a la pregunta de investigación.
 - i. Fortalezas y limitaciones del trabajo.
 - j. Interpretación general de los resultados y sus implicaciones.
 - k. Conflicto de intereses de los autores.
 - l. Número de registro del estudio, caso de haberlo.

Introducción, que contiene los apartados 3 y 4:

3. Justificación de la revisión: se inicia la RS exponiendo el estado actual del conocimiento sobre el tema y lo que otros autores han planteado que falta por conocer
4. Objetivo: es la pregunta que se desea responder. Se debe plantear de la forma lo más clara y concisa posible.

Métodos, que incluye los siguientes apartados:

5. Protocolo de la revisión: debería contener, al menos, los objetivos y la metodología de la RS, y tiene que estar registrado (en una página web dedicada a tal efecto, por ejemplo).
6. Criterios de elegibilidad: Son los criterios de inclusión y exclusión de los estudios primarios hallados mediante las estrategias de búsqueda.

Entre los criterios de selección utilizados con mayor frecuencia están:

- el tipo de diseño de los trabajos,
- el tamaño de la muestra estudiada,
- la exhaustividad de la información que presentan, o
- la comparabilidad en la definición de los factores de exposición, de las intervenciones y de las respuestas estudiadas.

Algunos trabajos también incorporan unos criterios de calidad mínimos entre los criterios de selección. Aplicarlos de forma exhaustiva ayuda a evitar el sesgo de selección.

7. Fuentes de información: incluyen las bases de datos que se van a utilizar, la literatura gris consultada (referencias bibliográficas de las fuentes primarias, tesis doctorales, comunicaciones en congresos, informes (de instituciones públicas o privadas, de organismos o de sociedades científicas), trabajos no publicados o publicados en revistas no indexadas, etc...). También se suelen añadir la opinión y las recomendaciones de expertos o de autores de otros estudios o RS sobre el mismo tema.

La exhaustividad y el rigor de la búsqueda bibliográfica determinarán, en gran medida, la calidad y validez final de la revisión, reduciendo en lo posible el sesgo de publicación.

8. Búsqueda: se deben incluir la estrategia de búsqueda completa y los términos exactos de la búsqueda en, al menos, una de las bases de datos, incluidos los límites, como, por ejemplo, los de idiomas y periodo temporal.
9. Selección de los estudios: es preciso señalar cuál ha sido el proceso de selección de los estudios, especificar la persona o personas que lo han realizado, los métodos empleados para resolver discrepancias entre los revisores o si se ha realizado la selección mediante una lectura parcial o del resumen, o mediante la lectura completa del trabajo.

10. Proceso de extracción de los datos y resultados de los estudios seleccionados finalmente. Si se ha utilizado un formulario o una tabla, debe incluirse en la RS.
11. Lista de datos que contiene el formulario de extracción: detallando todas las variables que se han recogido para analizar cada estudio en concreto.

Resultados, que se refieren a los apartados que se especifican a continuación:

12. Estudios seleccionados: se indicará siempre el número total de estudios incluidos y el número de excluidos en cada una de las etapas del proceso de búsqueda y selección. Se expondrá mediante un diagrama de flujo. La Declaración PRISMA incluye el formato de dicho diagrama de flujo (Figura 4)
13. Características de los estudios seleccionados: los lectores deben poder conocer los siguientes datos de cada uno de los estudios seleccionados:

Diseño; Criterios de inclusión/exclusión; Criterios de selección de casos y controles (si los hubiera); Periodo de selección; Periodo de seguimiento; Aleatorización; Tipo de intervención; Características de la población de estudio; Calidad metodológica (incluyendo los métodos de análisis estadístico utilizados); Resultados, con especial énfasis en la descripción de las variables del efecto de interés.

La evaluación de la calidad de los estudios es una estrategia esencial para determinar la validez final de la revisión. Existen herramientas validadas para la evaluación de dicha calidad en los diferentes tipos de metodología de estudio, tal como comentaremos más adelante.

14. Riesgo de sesgos en los estudios individuales.
15. Resultados de los estudios individuales: se mostrarán los datos del apartado de resultados de cada uno de los estudios seleccionados, con sus intervalos de confianza si se dispusiera de ellos.
16. Síntesis de los resultados: si es posible, se debe realizar un metaanálisis, con un análisis estadístico cuantitativo de los resultados.

En el caso de que exista una gran heterogeneidad de tipos de estudios o en la manera de exponer los resultados, los autores de la RS pueden optar por no realizar el metaanálisis y hacer una síntesis narrativa o descriptiva, mediante la recopilación, la combinación y el resumen de los hallazgos de los estudios individuales seleccionados.

Cualquiera de los dos métodos debe tener en cuenta si los efectos observados en los diferentes trabajos son consistentes, así como la fuerza de la evidencia, y se deben analizar en la RS las posibles causas de las discrepancias.

Ambos métodos no son excluyentes, ya que el componente narrativo puede ser útil en una RS cuantitativa a priori, y una RS cuya síntesis de resultados es narrativa puede acompañarse de algún tipo de análisis estadístico común de los distintos estudios. La guía de cómo realizar RS de la Universidad de York¹³⁰ propone, en base a otros autores, que la síntesis narrativa debe de tener un marco conceptual que contenga –al menos– los siguientes elementos:

- El desarrollo de una hipótesis de por qué se encuentran determinados resultados y no otros, en relación a la pregunta de investigación.
- Una síntesis preliminar de los hallazgos de los estudios incluidos, ayudándose de tablas que agrupen los estudios que comparten características comunes, y asegurándose de que se están comparando datos que corresponden a las mismas variables.
- Es recomendable expresar los datos numéricos con la forma de los estadísticos que estén disponibles.
- Es recomendable realizar un análisis temático que identifique y resuma de forma sistemática los principales resultados en los distintos estudios.
- Debe tratar de encontrarse una relación entre los estudios, identificando un patrón común entre distintos trabajos que pueda explicar la dirección -positiva o negativa- de la relación, ayudándose, si es preciso, de gráficas. No debe olvidarse nunca la heterogeneidad de los estudios, pues pueden medir diferentes variables, en distintas poblaciones y con una metodología que también puede variar.
- La fuerza de la relación existente y el riesgo de sesgos: para ello es preciso discutir de forma crítica la calidad de la RS, que dependerá en gran medida de la calidad de los estudios seleccionados y de la metodología empleada en la propia RS.

Si es posible, se debería tratar de solicitar la opinión de los autores de los estudios primarios acerca de la síntesis narrativa realizada.

Discusión, que incluye los apartados siguientes:

17. Resumen de la evidencia encontrada en la revisión
18. Limitaciones: tanto de los estudios primarios, como de los resultados de la RS en su conjunto.
19. Conclusiones: deben exponerse los hallazgos fundamentales de la RS y posibles líneas de investigación en el futuro.
20. Financiación y conflicto de intereses.

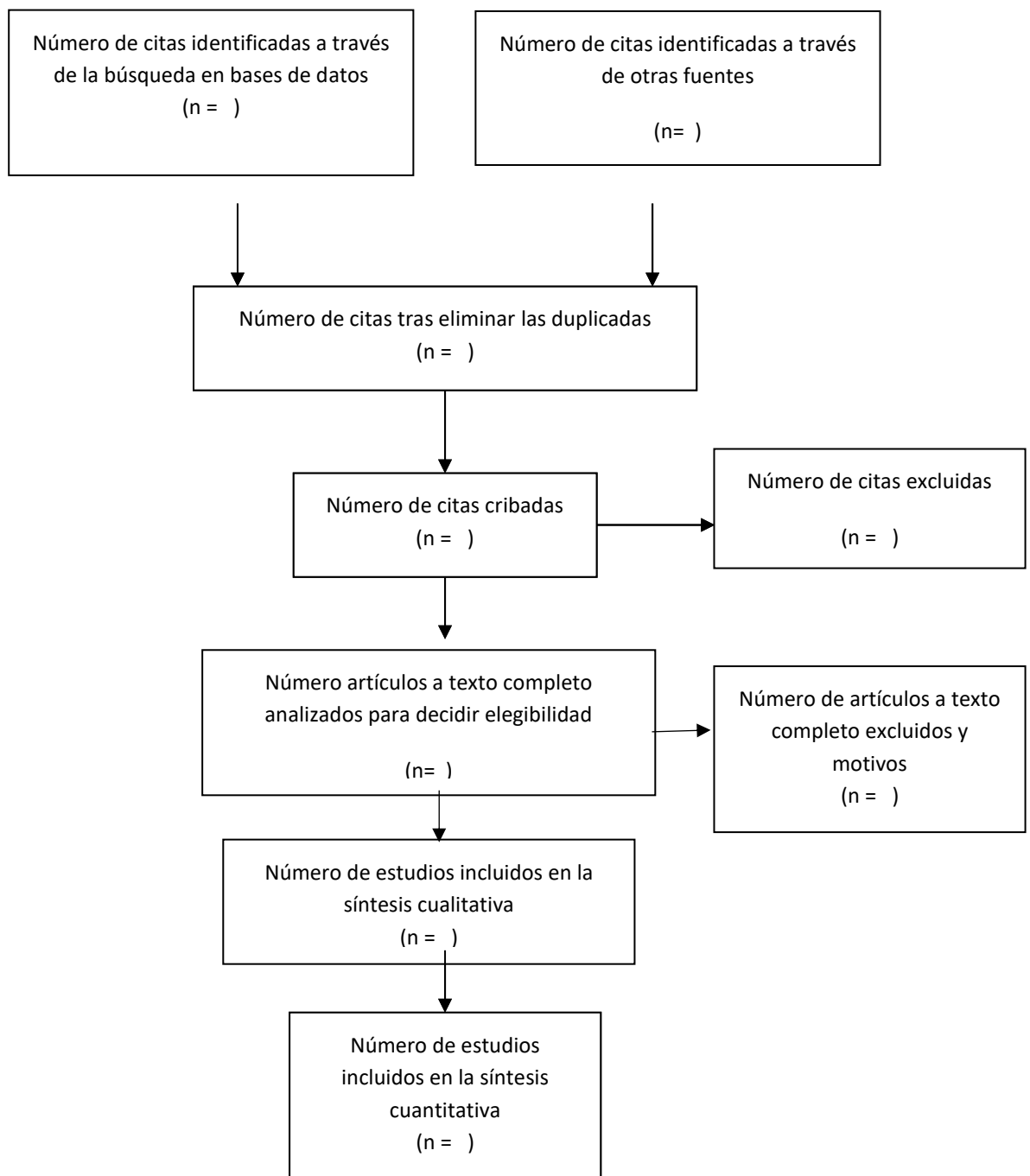


Figura 4. Diagrama de flujo de la declaración PRISMA 2009.

Revisiones sistemáticas enfocadas a equidad.

En 2012 se publicó una ampliación¹²⁸ de la estrategia PRISMA para mejorar la publicación de RS enfocadas a estudiar la equidad en salud. Esta propuesta fue valorada positivamente por los autores que ya venían realizando RS sobre el tema de las Desigualdades en Salud (DS)¹³¹.

Entre otras especificaciones, la guía proponía incluir el término *equidad*, u otro similar, tanto en el título como en el resumen. Además, el enfoque de equidad debería ser explícito en el momento de definir las variables de la población del estudio, teniendo en cuenta los determinantes de salud y el contexto social en los que se desarrolla el estudio.

La guía también recomienda describir ampliamente las características de la población que se considera que está en una situación de desigualdad y las razones por las que existe esta situación³⁵. Es preciso revisar la literatura gris enfocada a la desigualdad en salud e incluir entre las conclusiones cómo pueden influir los resultados de la RS a la hora de proponer o poner en marcha políticas públicas para tratar de disminuir dichas desigualdades.

Evaluación de la calidad de los estudios.

Para la correcta realización de una revisión sistemática es imprescindible evaluar la calidad metodológica de los estudios seleccionados, pues estos son los que van a determinar la validez final de nuestro estudio. Para ello se han ido desarrollando numerosas herramientas en forma de listas de comprobación muy estructuradas. Se debe valorar cada apartado de manera sistemática mediante un sistema de puntuación predeterminado, especialmente dirigido a evaluar la validez interna y externa del estudio, así como los resultados del mismo.

Zeng¹³² realizó en 2015 una revisión sistemática sobre herramientas para evaluar la calidad de las RS. Constató que era el instituto Joanna Briggs la institución que mayor número de herramientas había desarrollado, seguido de las listas del programa CASP, que comentaremos en profundidad más adelante. Las herramientas más numerosas eran las que trataban de medir la calidad de los ensayos clínicos.

En sus conclusiones recomendaba algunas herramientas en particular, según fuera el tipo de metodología de estudio que se deseaba evaluar:

- Revisiones sistemáticas o metaanálisis:

Assessment of Multiple Systematic Reviews (AMSTAR), sin descartar las herramientas CASP o las propuestas por NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*)

- Ensayo clínico aleatorizado:

The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias.

- Ensayo clínico no aleatorizado:

The Methodological Index for Non-Randomized Studies (MINORS)

- Estudios de cohortes y casos-contróles:

The Newcastle-Ottawa Scale.

- Estudios transversales:

No existe ninguna herramienta firmemente validada, aunque recomienda seguir el listado de metodología de la *Agency for Healthcare Research and Quality (ARHQ)*.

- Series de casos:

The Appraisal tool for case series studies, modified Delphi technique.

- Estudios de precision diagnóstica:

The Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies-2 (QUADAS-2).

- Guías de práctica clínica:

The Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation (AGREE)-II instrument

Estas guías sirven de base a muchas de las listas de validación para la lectura crítica de trabajos científicos en el ámbito de las ciencias de la salud.

La evaluación de la calidad suele seguir tres pasos o niveles sucesivamente: Validez, Fiabilidad y Replicabilidad.

- En el primer paso se evalúa si el trabajo es válido, es decir, si tiene suficiente calidad metodológica.
- Si el evaluador lo considera válido, continúa al segundo paso. Consiste en valorar si los resultados son fiables.
- En caso afirmativo, se pasa al último escalón, que analiza si la evidencia es aplicable para el investigador.

El programa CASP (*Critical Appraisal Skills Programme*), desarrollado por el Instituto de Ciencias de la Salud de Oxford (<http://www.casp-uk.net/>), ha desarrollado diferentes formularios para evaluar la calidad de diversos tipos de metodologías de estudio, como ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, estudios sobre diagnóstico, estudios sobre predicción clínica, estudios cualitativos, estudios de casos y controles, de cohortes y estudios de evaluación económica.

Existe una adaptación del CASP traducida al español: la denominada Guía CASPe (<http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>).

En la actualidad no hay ninguna herramienta unánimemente recomendada para la valoración de la calidad de los estudios transversales¹³³. Dado ese vacío, en 2008 se publicó una propuesta de instrumento para la lectura crítica de estudios transversales¹³⁴ en la revista *Gaceta Sanitaria*. Está basado en las recomendaciones de la *Agency for Healthcare Research and Quality*, el *Scottish Intercollegiate Guidelines Group*, el *Osteba* (Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco) y la iniciativa STROBE.

El instrumento consta de 27 ítems que se pueden agrupar en 9 apartados:

- A) Objetivos del estudio,
- B) Participantes,
- C) Comparabilidad entre los grupos estudiados,
- D) Definición y medición de las variables principales,

- E) Análisis estadístico y confusión,
- B-E) Validez interna (considerada como la media de la valoración de los apartados del B al E),
- F) Resultados,
- G) Conclusiones, validez externa y aplicabilidad,
- H) Conflicto de intereses.

Cada ítem se puntúa como “muy bien”, “bien”, “regular” o “mal”.

En el supuesto de que el documento no aporte información, se valorará el apartado como “no informa”. Si carece de alguno de ellos se registra que “no aplica”.

La herramienta así desarrollada por Berra et al. en 2008 ha sido utilizada en diferentes revisiones sistemáticas, publicadas tanto en revistas nacionales como internacionales, ya sea utilizando su tabla en formato original^{94,135}, en un formato modificado¹³⁶ o como base para el desarrollo de otras herramientas de medida de la calidad de estudios transversales¹³⁷.

3.2. METODOLOGÍA DE ESTA REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA.

¿Por qué elegir una revisión sistemática como metodología para responder a los objetivos de nuestro estudio?

Se ha planteado la realización de una RS siguiendo las recomendaciones del informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS en 2007, que sugiere que las RS de calidad –es decir, aquellas que utilizan métodos explícitos para la síntesis de los resultados de estudios primarios– sean una fuente de evidencia para la implementación de políticas públicas enfocadas a equidad¹¹⁷.

Por tanto, las RS se consideran de gran importancia para el trabajo que realizan los responsables de políticas públicas, pero estos a su vez han criticado las RS en salud porque la mayoría no tienen en cuenta la equidad¹²⁸, siendo necesaria la elaboración de más RS de calidad desde la perspectiva de la equidad.

La RS es la síntesis de los resultados de varios estudios primarios que, en ocasiones, por sí mismos tienen un efecto modesto, pero que reunidos en una revisión pueden tener un efecto mayor¹³⁸. Sus resultados, por tanto, proporcionan una información muy valiosa para clínicos, pacientes y responsables de políticas públicas, y además pueden identificar posibles lagunas en el conocimiento y formular propuestas de investigación futura¹²⁴. Asimismo, puede ser de utilidad para identificar lagunas del conocimiento actual y proponer líneas futuras de investigación¹²².

Metodología de esta revisión sistemática:

1. Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión.

Se consideraron incluidos aquellos estudios:

- 1- Publicados en castellano, inglés o catalán.
- 2- Que contengan resultados sobre la Salud Autopercebida (SA) de la población estudiada.
- 3- La SA debe estar medida con una escala ordinal que responda a la pregunta “¿Cómo considera usted que es su salud?”, siendo la escala utilizada de posibles respuestas aquella que considere opciones desde «muy mala» o «mala» hasta «muy buena» o «excelente».
- 4- Que estudien población general española (la población no debe estar institucionalizada, ni el estudio debe haberse realizado entre los pacientes de una patología concreta).
- 5- La población debe residir en el territorio español.
- 6- La población de estudio debe ser de edad mayor o igual a 15 años.

Criterios de exclusión.

Se consideraron como motivos de exclusión los siguientes:

- 1- Estudios que no cumplan con los límites de idioma.
- 2- Trabajos que basen sus resultados en población no general o menor de 15 años.
- 3- Estudios en los que no haya sido posible recuperar, al menos, un resumen estructurado (a falta del documento completo).
- 4- Estudios que no aporten datos numéricos en el apartado de resultados.
- 5- Estudios que usen formas distintas de medir SA, es decir, que no midan la SA siguiendo una escala ordinal y con posibles respuestas que vayan desde «muy mala» o «mala» hasta «muy buena» o «excelente» salud.
- 6- Estudios que midan calidad de vida, aunque usen la percepción sobre el propio estado de salud dentro de sus escalas.
- 7- Estudios duplicados.

2. Fuentes de información:

- Artículos publicados en revistas de biomedicina
- Tesis doctorales y tesinas de máster
- Comunicaciones en Congresos
- Informes de instituciones, públicas o privadas
- Libros

3. Búsqueda bibliográfica

Se realizó una amplia búsqueda en las fuentes de información (descritas en el siguiente apartado) de trabajos redactados en castellano, inglés o catalán, que contuvieran o describieran desigualdades sociales de percepción de la SA en la población española mayor o igual a 15 años, y publicados hasta el 30 de abril de 2013.

Para poder responder a los objetivos del Capítulo 4 se seleccionaron sólo aquellos trabajos que contenían información y datos numéricos referidos a la población mayor de 65 años.

Para los objetivos del Capítulo 5 se repitió la estrategia de búsqueda entre el 1 de mayo de 2013 y el 30 de noviembre de 2016, de cara a actualizar la búsqueda, eligiéndose sólo aquellos trabajos que presentaban datos de la SA por sexo.

3.1. Estrategias de búsqueda:

a. Búsquedas en bases de datos electrónicas.

Se desarrolló una búsqueda online:

- En 5 de las principales bases de datos electrónicas de biomedicina: Pubmed, Web of knowledge (actualmente Web of Science), Embase, Proquest e IME
- En las plataformas Science Direct, BMJ y OVID
- En las bibliotecas virtuales JSTOR y Cochrane Library.

La estrategia de búsqueda completa utilizada en Pubmed es la siguiente:

(((((spain OR espagne OR espana OR spagna) OR (spain[ad] OR espagne[ad] OR espana[ad] OR spanien[ad] OR spagna[ad]) OR (catalunya[ad] OR catalonia[ad] OR catalogne[ad] OR cataluna[ad] OR catala[ad] OR barcelon*[ad] OR tarragona[ad] OR lleida[ad] OR lerida[ad] OR girona[ad] OR gerona[ad] OR sabadell[ad] OR hospitalet[ad] OR l'hospitalet[ad]) OR (valencia*[ad] OR castello*[ad] OR alacant[ad] OR alicant*[ad]) OR (murcia*[ad] OR cartagen*[ad] NOT indias[ad])) OR (andalu*[ad] OR sevilla*[ad] OR granad*[ad] OR huelva[ad] OR almeria[ad] OR cadiz[ad] OR jaen[ad] OR malaga[ad] OR (cordoba[ad] NOT argentin*[ad])) OR (extremadura[ad] OR caceres[ad] OR badajoz[ad] OR madrid[ad]) OR (castilla[ad] OR salamanca[ad] OR zamora[ad] OR valladolid[ad] OR segovia[ad] OR soria[ad] OR palencia[ad] OR avila[ad] OR burgos[ad]) OR (leon[ad] NOT (france[ad] OR clermont[ad] OR rennes[ad] OR lyon[ad] OR USA[ad] OR mexic*[ad])) OR (galicia[ad] OR gallego[ad] OR compostela[ad] OR vigo[ad] OR corun*[ad] OR ferrol[ad] OR orense[ad] OR ourense[ad] OR pontevedra[ad] OR lugo[ad]) OR (oviedo[ad] OR gijon[ad] OR asturia*[ad]) OR (cantabr*[ad] OR santander[ad]) OR (vasco[ad] OR euskadi[ad] OR basque[ad] OR bilbao[ad] OR bilbo[ad] OR donosti*[ad] OR san sebastian[ad] OR vizcaya[ad] OR bizkaia[ad] OR guipuzcoa[ad] OR gipuzkoa[ad] OR alava[ad] OR araba[ad] OR vitoria[ad] OR gasteiz[AD]) OR (navarr*[ad] OR nafarroa[ad] OR pamplona[ad] OR iruna[ad] OR irunea[ad]) OR (logron*[ad] OR rioj*[ad]) OR (aragon*[ad] OR zaragoza[ad] OR teruel[ad] OR huesca[ad]) OR (mancha[ad] OR ciudad real[ad] OR albacete[ad] OR cuenca[ad]) OR (toledo[ad] NOT (ohio[ad] OR us[ad] OR usa[ad] OR OH[ad])) OR (guadalajara[ad] NOT mexic*[ad]) OR (balear*[ad] OR mallorca[ad] OR menorca[ad] OR ibiza[ad] OR eivissa[ad]) OR (palmas[ad] OR

lanzarote[ad] OR canari*[ad] OR tenerif*[ad]) OR (ceuta[ad] OR melilla[ad])) OR (osasunbide*[ad] OR osakidetza[ad] OR insalud[ad] OR sergas[ad] OR catsalut[ad] OR sespa[ad] OR osasunbidea[ad] OR imsalud[ad] OR sescam[ad] OR ib-salut[ad])) AND ((Social AND health AND inequ*) OR inequ* OR disparit*)) AND (Self-perce* OR Self-assess* OR Self-rat* OR (Health AND Status) OR self-report* OR Self Concept*)

Esta estrategia se basa en otra propuesta por Valderas¹³⁹ en 2006 para localizar específicamente estudios realizados entre la población española.

Para evaluar al filtro desarrollado, los autores comparaban su estrategia de búsqueda con una revisión manual de una muestra de conveniencia (ensayos clínicos indexados PubMed bajo el término MeSH «Myocardial Infarction»), alcanzándose un 88.1% de sensibilidad y un 100% de especificidad.

Para el resto de bases de datos usamos esta misma estrategia, aunque modificada según las características de cada una de las bases.

b. Búsqueda de tesis doctorales en Universidades españolas.

Se consultaron las principales bases de datos de tesis españolas: la base TESEO y la base TDR de Cataluña, así como tesis localizables a través de la web de la Biblioteca de la Universidad Autónoma de Madrid.

- TESEO: Base de datos tesis doctorales de las Universidades españolas (<https://www.educacion.gob.es/teseo/irGestionarConsulta.do?sessionId=BB3EA1CFC2331AB33F3494F86FF15702>)
- TDR (Tesis Doctorales en Red). Contiene, en formato digital, tesis doctorales leídas en las Universidades de Cataluña y otras Comunidades Autónomas (<http://www.tdx.cat>)
- Servicio de Biblioteca de la Universidad Autónoma de Madrid: (http://digitool-uam.greendata.es/R/DIPJTIHM95US7ABNFL4T41QF315QJ8STU5U6YCXB5DKGBEQMV1-00196?func=collections&collection_id=1128)

En la búsqueda se emplearon los términos MESH más específicos de entre los utilizados en la búsqueda anteriormente descrita (Anexo 1).

c. Búsqueda en la bibliografía citada en las publicaciones.

Para ampliar la búsqueda se hizo una revisión manual de las citas bibliográficas del apartado “Bibliografía” de aquellos artículos seleccionados más relevantes. Mediante este sistema se pudieron localizar fuentes no indexadas en las bases de datos mencionadas hasta el momento, como informes de instituciones públicas y privadas, comunicaciones en congresos y tesinas de Master.

4. Selección de los estudios.

Dos evaluadores, P.D.R. y V.M.C., analizaron los documentos de forma independiente. En primer lugar, leyeron los títulos y resúmenes de los trabajos localizados mediante las estrategias arriba mencionadas. Efectuaron una lectura completa del documento cuando la lectura del resumen no ofrecía información suficiente para poder determinar si el trabajo cumplía los criterios de elegibilidad. Finalmente, los dos revisores ponían en común sus conclusiones sobre cada documento.

Para contrastar la claridad y la consistencia de los criterios de selección y de exclusión elegidos, y si eran homogéneamente aplicados por los dos revisores, se realizó una primera prueba con una muestra de cinco documentos. Se encontró dificultad a la hora de decidir qué trabajos incluir y cuáles no, en cuanto al indicador salud autopercebida. Fue preciso redefinir los criterios de medida de la SA que debían cumplir los estudios para ser incluidos en nuestra revisión.

5. Proceso de extracción de datos

Una vez que se alcanzaba el acuerdo de los dos revisores, los artículos eran definitivamente seleccionados o excluidos.

Con los datos más relevantes de los artículos seleccionados se rellenó una tabla Excel® (versión 2013). En dicha tabla se registraron los principales datos formales de cada publicación (autor, fuente documental y año de publicación), los resultados principales de cada estudio con la información necesaria para poder responder a la pregunta de investigación, y la puntuación de la calidad otorgada al artículo.

Del cuerpo de cada documento se extraían los siguientes datos: tipo de diseño del estudio, variables medidas, características de las poblaciones estudiadas, metodología empleada en el análisis estadístico, resultados y conclusiones.

Se confeccionó una primera tabla piloto, con la que se revisó una muestra de artículos seleccionados inicialmente. Esta prueba permitía asegurarse de que era posible recoger en la tabla toda la información relevante, y de que no se perdían datos necesarios, ni se desperdiciaba tiempo y esfuerzos en recoger otros que no lo eran.

Un primer revisor hizo la extracción de los datos de esta prueba piloto y el segundo comprobó su consistencia.

6. Lista de datos

Finalmente, la tabla de recogida tipo Excel® contenía los siguientes apartados:

- *Datos de identificación del documento o cita:* nombre del primer autor o autora del trabajo, año de publicación, nombre del soporte en que ha sido publicado (revista, libro, entidad), título del trabajo.

- Metodología de los estudios: ámbito de estudio (internacional, nacional, regional o municipal), tipo de estudio, tamaño de la muestra, tipo de encuesta de salud a través de la que se han obtenido los datos, lugar y año de su realización.
- *Principales resultados*
- *Calidad del trabajo*: se evaluó la calidad de cada uno de los trabajos por los dos revisores (P.D.R y V.M.C.) de forma independiente, mediante la herramienta desarrollada por Berra en 2008 para RS de estudios transversales. La calidad se consideró *calidad alta* si la mayoría de los enunciados se respondían como “muy bien” o “bien” y *calidad media* si la mayoría de los apartados se respondían como “bien” o “regular” o si la validez interna era “regular”; y *calidad baja* si la mayoría de los enunciados se respondían como “regular” o la validez interna era “mala”.

Se reflejó la valoración de los distintos apartados de cada artículo en una tabla Excel® aparte. Posteriormente se introdujo el nivel de calidad asignado en la tabla general de recogida de datos. Para contrastar la aplicabilidad de los criterios de la herramienta seleccionada, y homogeneizar su interpretación entre los dos revisores, se llevó a cabo una primera sesión conjunta para evaluar los cinco primeros artículos seleccionados. Ambos revisores aportaron sus plantillas previamente completadas, discutiéndolas punto por punto.

Para el resto de los artículos, se intercambiaron las plantillas rellenas por cada revisor comprobando que las respuestas fueran iguales. Donde se encontraron discrepancias se discutió la razón de cada respuesta individual, tratando de alcanzarse un consenso. En caso de no llegar a un acuerdo, se utilizaba la puntuación más baja asignada por cualquiera de los dos evaluadores.

La metodología expuesta hasta este punto es común tanto para la Revisión Sistemática de las desigualdades en la Salud Autopercebida de la población española mayor de 65 años (**Capítulo 4**) como para la Revisión Sistemática de las desigualdades en la Salud Autopercebida en la población española según el sexo (**Capítulo 5**).

CAPÍTULO 4
DESIGUALDADES EN LA SALUD AUTOPERCIBIDA
DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA MAYOR DE 65 AÑOS

4.DESIGUALDADES EN LA SALUD AUTOPERCIBIDA DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA MAYOR DE 65 AÑOS.¹

4.1. RESULTADOS.

1. Selección de los estudios

En la primera búsqueda realizada hasta el 30 abril de 2013, destinada a localizar trabajos que analizaran la SA en población general, se identificaron un total de 1.251 documentos a través de las fuentes electrónicas, 17 mediante las bases de tesis doctorales y 54 a través de la bibliografía contenida en los estudios anteriores, cuyo conjunto suma un total de 1.322 trabajos. Se excluyeron 905 que no medían la SA según los criterios expuestos en el apartado de metodología, 65 que se desarrollaban en población menor de 15 años, 132 que no cumplían otros criterios de inclusión y 95 que eran estudios duplicados. Un total de 125 documentos cumplieron los criterios de inclusión, de los que se pudo obtener el documento completo o, al menos, un resumen estructurado. De ellos, se seleccionaron finalmente 20 estudios en población mayor de 65 años.

En la Figura 5 se expone el proceso de selección de los estudios mediante un diagrama de flujo. Las características de cada estudio y sus resultados principales se presentan en la Tabla 2, que contiene los trabajos realizados en un ámbito de estudio a nivel municipal, la Tabla 3 a nivel regional y la Tabla 4 a nivel nacional.

2. Características de los estudios

Para la elaboración de esta RS, se han obtenido 20 trabajos, todos de tipo transversal. Nos fue posible obtener la versión completa de todos los trabajos.

2.1. Datos de identificación del documento.

- Años de publicación: los documentos se publicaron entre 1999 y 2013. Siendo 2011 y 2012 los años con más trabajos realizados. Dieciocho se han publicado a partir del año 2000, siendo, por tanto, trabajos recientes.
- Tipo de publicación: dieciocho estudios han sido publicados en revistas tanto españolas como internacionales, uno corresponde a un informe y el restante a una tesis doctoral.
- Idioma. Trece documentos están escritos en castellano y siete en inglés.

¹ Este capítulo dio lugar a una publicación en 2014 (Morcillo M, de Lorenzo-Cáceres A, Domínguez P, et al. Desigualdades en la salud autopercebida de la población española mayor de 65 años. Gac Sanit. 2014;28(6):511-21.) que puede consultarse en el Anexo.

2.2. Metodología de los estudios

- Ámbito de estudio. De los trabajos seleccionados, 8 se realizaron en un ámbito de estudio municipal, 4 en un ámbito regional y 8 a nivel nacional. Analizaron, por tanto, muestras de muy diferentes tamaños, desde n= 380 a nivel municipal, hasta n= 28.133 a nivel nacional.
- Tipo de encuesta de salud. La encuesta de salud más frecuentemente empleada por los estudios individuales fue la Encuesta Nacional de Salud de España, en cinco trabajos.

2.3. Calidad.

Diecisiete estudios se catalogaron como de calidad alta y tres de calidad media

Al ser estudios transversales, para analizar su calidad se utilizó la herramienta desarrollada por Berra en 2008, explicada en el apartado de metodología. Ninguno fue excluido por tener una puntuación “baja” en calidad.

3. Resultados de los estudios individuales

A continuación, se presenta una síntesis descriptiva de los resultados de los documentos seleccionados.

Este apartado se ha dividido en dos subapartados para que resulte más fácil responder a los objetivos de nuestra revisión. En primer lugar, se expone cómo se relaciona la SA con la edad y, a continuación, se detallan los factores encontrados que determinan la SA en las personas mayores de 65 años: el nivel de dependencia, el nivel socioeconómico y el género.

3.1. DIFERENCIAS DE SA SEGÚN LA EDAD

En once^{142,143,147-149,152,153,156-159} de los trabajos se observó una relación entre la SA y la edad, a mayor edad los individuos reportaron peor SA. Sin embargo, dentro de este grupo se recogieron siete estudios^{143,147-149,152,153,158} que observaron, además, que en edades extremas la tendencia se invirtió y se encontró un incremento en la percepción de buena salud. El trabajo de Roqué i Figuls¹⁵² encontró ese incremento a partir de los 70 años y López-Torres¹⁴³ lo observó a partir de los 75 años, ambos de forma significativa. Azpiazu¹⁴⁹ en mayores de 80 años, pero de forma no significativa. Girón obtuvo en su tesis¹⁵⁸, y en uno de sus trabajos¹⁵³, que en los mayores de 83 años se incrementa la buena percepción de la salud. En su estudio, Damián¹⁴⁷ obtuvo que la buena percepción de salud aumenta a partir de los 85 años, pero solo lo encuentra en mujeres. Además, Valderrama¹⁴⁸ encuentra que los mayores de 85 años reportan mejor SA.

3.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SA DE LOS MAYORES DE 65 AÑOS

3.2.1. EL NIVEL DE DEPENDENCIA

Siete^{145,147-150,152,158} de los trabajos observaron una relación entre peor SA y un aumento de la dependencia. Además, Lázaro¹⁴⁵, Valderrama¹⁴⁸ y Damián¹⁴⁷ describieron la SA en relación a la dependencia leve y a la dependencia grave, mostrando siempre y de forma significativa una peor valoración que en las personas independientes.

3.2.2. LA POSICIÓN SOCIOECONÓMICA.

En once^{142-144,147,149,151,154,156-159} estudios se encontró una relación entre el peor estado de salud y la baja posición socioeconómica. Siete^{143,149,151,154,156,158,159} midieron la SA correspondiente a individuos con distinto nivel de estudios, encontrándose una relación positiva entre mayor nivel de estudios y buena SA.

Cuatro estudios^{142,144,147,157} compararon la SA en las distintas clases sociales y según el nivel de ingresos.

3.2.3. EL GÉNERO

Catorce^{140-143,146-149,151,152,154,155,157,159} de los veinte estudios coincidieron en que el sexo femenino se relaciona con una peor valoración del estado de salud.

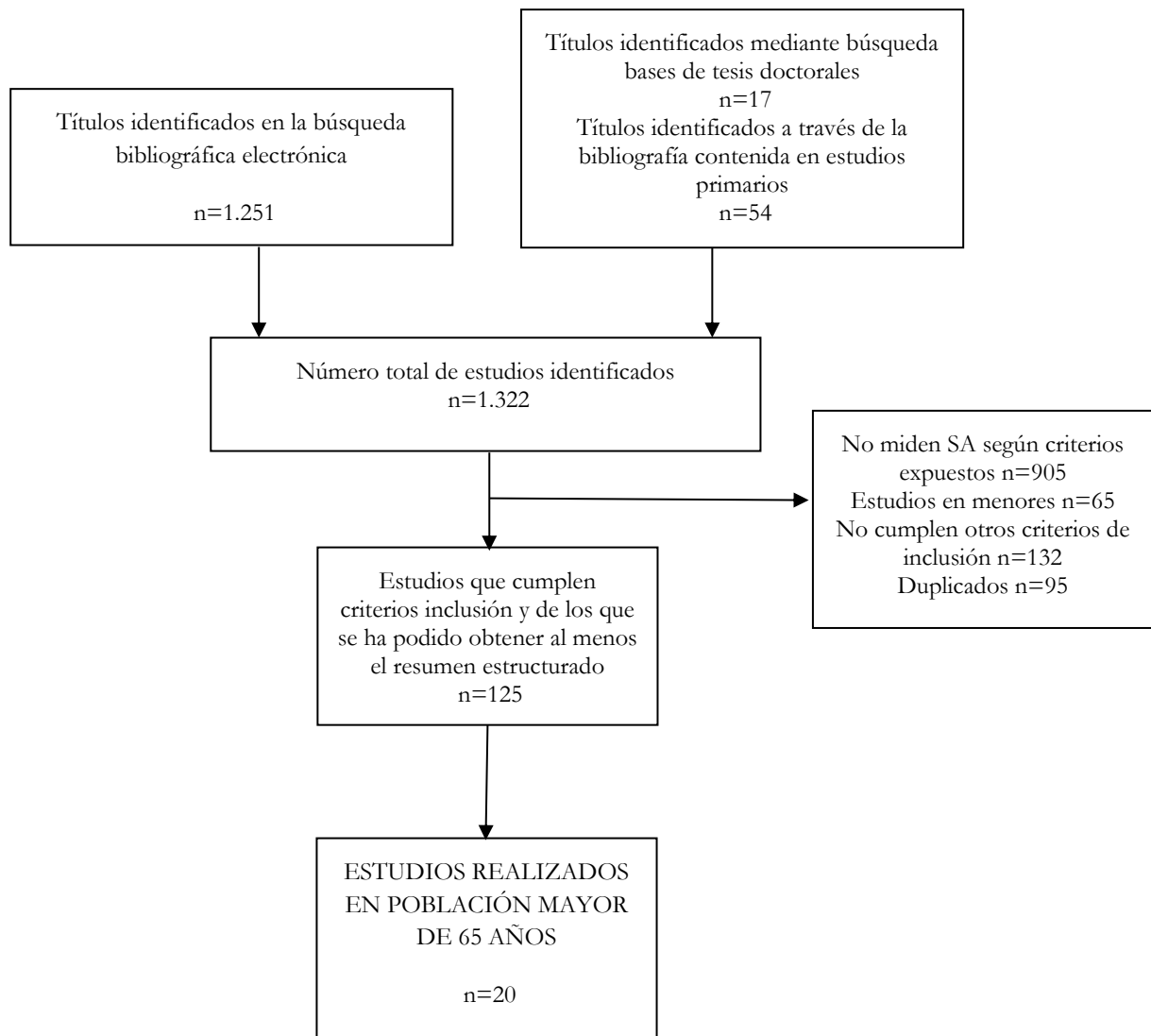


Figura 5. Diagrama de flujo que muestra el proceso de selección de los estudios en mayores de 65 años.

Tabla 2. Principales características de los artículos seleccionados en población mayor de 65 años, cuyo ámbito de estudio es el municipal.

| | Tamaño muestra | Obtención de datos | Otras Variables | Calidad | Principales resultados | | | |
|--------------------------------------|----------------|--|---|---------|--|--------------------------------------|--|---|
| | | | | | En relación a la edad | En relación al estado de dependencia | En relación al nivel socioeconómico | En relación al género |
| Sánchez-Santos 2011 ¹⁴⁰ | 1.016 | Encuesta “Envejecer en Leganés” 1993,95 y 97 | Sexo, edad, estado civil, fumar, actividad física, nivel de estudios, comorbilidad física y mental, discapacidad | Alta | | | | Porcentaje de mala/muy mala SA $p \leq 0,001$ año hombre mujer 1993 11,7 22,5 1995 10,4 20,9 1997 16,7 27,7 |
| Fernández-Merino 2000 ¹⁴¹ | 408 | Encuesta Salud A Estrada (Pontevedra) | Sexo, edad, hábitos de riesgo, dieta, enfermedades crónicas, consumo de fármacos, uso y satisfacción servicios sanitarios, capacidad funcional. | Alta | | | | Peor SA OR (IC 95%) en mujeres 2,43 (1,35-4,36) |
| Borrell 2003 ¹⁴² | 2.141 | Encuesta Salud Barcelona 2000 | Sexo, edad, clase social, salud mental, discapacidad, trastornos crónicos | Media | Porcentaje de mala/muy mala SA edad hombre mujer 65-74 9 15,1 79-84 10 21 ≥ 85 20,8 19,4 | | Porcentaje de mala/muy mala SA clase social hombre mujer I-II 8,6 9,4 III 7,9 10,6 IV-V 11 22,1 | |
| López-Torres 2013 ¹⁴³ | 944 | Encuesta Salud Ciudad Albacete 2008 | Sexo, edad, nivel de estudios, número de enfermedades, consumo psicofármacos estado civil, insomnio | Alta | Mejor Autovaloración EVA (0-100) $p < 0,01$ < 75 años 70,5 \pm 18,3 ≥ 75 años 67,0 \pm 18,5 | | Mejor Autovaloración EVA (0-100) $p < 0,01$ al menos primaria 73,0 \pm 17,4 sin estudios 66,2 \pm 18,7 | Mejor Autovaloración EVA (0-100) $p < 0,01$ Hombre 73,2 \pm 16,0 Mujer 65,5 \pm 19,6 |

Tabla 2 (continuación). Principales características de los artículos seleccionados en población mayor de 65 años, cuyo ámbito de estudio es el municipal.

| | Tamaño muestra | Obtención de datos | Otras Variables | Calidad | Principales resultados | | | |
|---|----------------|--|---|---------|---|---|---|--|
| | | | | | En relación a la edad | En relación al estado de dependencia | En relación al nivel socioeconómico | En relación al género |
| Rodríguez-Rodríguez 2011 ¹⁴⁴ | 499 | Calidad de Vida Mayores Madrid 2005 | Sexo, edad, renta, tamaño de la residencia, calidad de vida, actividades de ocio | Alta | | | Porcentaje de mala y muy mala SA $p \leq 0,001$ Ingresos altos 47,4% Ingresos bajos 52,6% | |
| Lázaro 2007 ¹⁴⁵ | 380 | Encuesta Salud Ciudad de Zaragoza 2005 | Sexo, edad, nivel de dependencia, estado civil, modo de convivencia, nivel de estudios | Alta | | Pacientes independientes: Buena-excelente SA: 81,4(76,3-86,5) Regular-mala SA: 46(37-55) Pacientes dependencia leve-moderada: Buena-excelente SA: 14,5(9,9-19,1) Regular-mala SA: 43,7(34,7-52,6) Paciente dependencia grave/absoluta: Buena-excelente SA: 4,1(1,5-6,7) Regular-mala SA: 10,3(4,8-15,8) | | |
| Zunzunegui 2001 ¹⁴⁶ | 1.081 | Encuesta “Envejecer en Leganés” 1993 | Sexo, edad, miembros de la familia, salud mental, soporte emocional, soporte instrumental | Alta | | | | Porcentaje de regular, mala y muy mala SA $p > 0,001$ Hombre 58,5% Mujer 76,9% |
| Damián 1999 ¹⁴⁷ | 677 | Encuesta Ciudad de Madrid 1994 | Sexo, edad, clase social, nivel de dependencia, uso de servicios sanitarios, trastornos crónicos, | Alta | Peor SA OR (IC95%) 65-74 1 75-84 0,85(0,57-1,27) ≥ 85 0,37(0,18-0,77) | Peor SA OR (IC 95%) Independiente 1 Dependencia leve 2,19 (1,42-3,36) Dependencia mayor que leve 3,64 (1,89-7,02) | Peor SA OR (IC 95%) No-manual 1 Manual 1,98 (1,39-2,83) | Peor SA OR (IC 95%) Hombres 1 Mujeres 1,25 (0,87-1,80) |

Tabla 3. Principales características de los artículos seleccionados en población mayor de 65 años, cuyo ámbito de estudio es el regional.

| | Tamaño muestra | Obtención de datos | Otras Variables | Calidad | Principales resultados | | | |
|--|----------------|---|---|---------|---|---|--|---|
| | | | | | En relación a la edad | En relación al estado de dependencia | En relación al nivel socioeconómico | En relación al género |
| Valderrama 1999 ¹⁴⁸ | 781 | Encuesta Zona Básica Salud de Cabra, Córdoba 1996 | Sexo, edad, nivel de dependencia, estado civil, modo de convivencia, nivel de estudios | Alta | La percepción de muy buena o buena salud OR (IC 95%) 65-74 años 1 75-84 años 1,13 (0,79-1,62) ≥85años 2,43 (1,51-3,90) | La percepción de muy buena o buena salud OR (IC 95%) Índice de Barthel Dependencia leve 1,94(1,18-3,19) Dependencia moderada, severa 1 Índice de Lawton Dependencia en una o más actividades 1 | | La percepción de muy buena o buena SA OR (IC 95%) Hombre 2,17 (1,24-3,05) Mujer 1 |
| Azpiazu 2002 ¹⁴⁹ | 911 | Encuestas áreas 2 y 4 Madrid 1999 | Sexo, edad, nivel de estudios, nivel de dependencia, estado civil, apoyo sociofamiliar, consumo tóxicos, salud mental, calidad de vida. | Alta | Porcentaje de regular, mala y muy mala SA 65-79 años 48,3% ≥80años 46,7%, | Porcentaje de regular, mala y muy mala SA en las AVD-I p<0,001 Independiente 37,5% Dependiente parcial o total 62,3 Porcentaje de regular, mala y muy mala SA en las AVD-B p<0,001 Independiente 42,7 Dependiente parcial o total 65,8 | Porcentaje de regular, mala y muy mala SA p<0,001 No estudios 58,4 otros 40,6 | Porcentaje de regular, mala y muy mala SA p<0,01 Hombre 42,5 Mujer 51,6 |
| Brugulats-Guiteras 2011 ¹⁵⁰ | 3.566 | Encuesta Salud Cataluña 2006 | Sexo, edad, nivel de dependencia, vivir solo, estado civil, trastornos crónicos, visitas a urgencias, hospitalización, apoyo social | Media | | valoración de la SA positivo independencia 61% dependencia 19,3% Valoración SA negativo independencia 39% dependencia 80,75 | | |
| Rueda 2009 ¹⁵¹ | 2.597 | Encuesta Salud Cataluña 2006 | Sexo, edad, nivel educativo, ingresos, características familiares, salud mental, enfermedades limitantes | Alta | | | Buena salud percibida OR (IC95%) p<0,001 Menos que Primaria 1,94 (1,43-2,62) Primaria 1,76 (1,30-2,39) Más que primaria 1 | Peor SA en mujeres OR (IC 95%) 1,63 (1,39-1,92) |

Tabla 4. Principales características de los artículos seleccionados en población mayor de 65 años, cuyo ámbito de estudio es el nacional.

| | Tamaño muestra | Obtención de datos | Otras Variables | Calidad | Principales resultados | | |
|------------------------------------|----------------|---|--|---------|--|--|--|
| | | | | | En relación a la edad | En relación al estado de dependencia | En relación al nivel socioeconómico |
| Roqué i Figuls 2012 ¹⁵² | 28.133 | Encuesta Nacional de Salud 1993 y 2006 | Sexo, edad, nivel de dependencia, discapacidad | Alta | Buena salud percibida por edad: OR (IC95%) Edad 65-69 1 Edad 70-74 0,84(0,71-1) Edad 75-79 0,82(0,67-1) Edad ≥80 0,98(0,79-1,22) | La situación de dependencia conlleva 4 veces más oportunidades de presentar mala SA (OR: 4,31) | Las mujeres tienen un 27% peor salud percibida que los hombres (OR:0,73; IC95%: 0,63-0,84) |
| Girón 2012 ¹⁵³ | 7.835 | Encuesta Nacional de Salud 2006 | Sexo, edad, nivel educativo, trastornos crónicos, salud mental, uso servicios sanitarios | Alta | Peor SA OR (IC 95%) 65-82 años 0,546 (0,418-0,713) p<0,01 | | |
| Rueda 2008 ¹⁵⁴ | 9.225 | Encuesta Europea Salud, Edad y Jubilación 2004. | Sexo, edad, modalidad de convivencia, salud mental, ingresos anuales | Alta | | Buena SA:OR(IC95%) hombre Sin educación formal 3,31(2,03-5,39) Superior a secundaria 1 Buena SA:OR(IC95%) mujer p<0,001 Sin educación formal 4,45 (2,83-6,99) Superior a secundaria 1 | Peor SA OR (IC 95%) Hombres 1 Mujeres 1,30 (1,14-1,49) |
| Rueda 2012 ¹⁵⁵ | 1.602 | Encuesta Nacional de Salud 2006 | Sexo, edad, ingresos, convivencia, salud mental | Alta | | | Peor SA en mujer OR (IC 95%) en Murcia 2,75 (1,77-4,29) y Andalucía 1,60 (1,07-2,40) |

Tabla 4 (continuación). Principales características de los artículos seleccionados en población mayor de 65 años, cuyo ámbito de estudio es el nacional.

| | Tamaño muestra | Obtención de datos | Otras Variables | Calidad | Principales resultados | | | | | | | | |
|---------------------------------|----------------|--|--|---------|---|---------------------------------------|--------|--------------------------------------|---|--|-----------------------|----------------------------------|------|
| | | | | | En relación a la edad | | | En relación al estado de dependencia | En relación al nivel socioeconómico | | En relación al género | | |
| Karlsdotter 2011 ¹⁵⁶ | 6.259 | Encuesta Nacional Condiciones de Vida 2007 | Sexo, edad, renta equivalente del hogar media, estado civil, actividad, porcentaje de mayores que pertenecen a alguna asociación | Alta | Porcentaje de regular, mala o muy mala SA | edad | Hombre | Mujer | | Secundaria 1ª etapa: mujeres -9% (p<0,01) hombres -6%(p<0,05) Secundaria 2ª etapa: mujeres -20% (p<0,01) hombres -69%(p<0,05) Inserción laboral: mujeres -8% hombres 8% Superiores: mujeres -11% (p<0,01) hombres -11%(p<0,01) | | | |
| Gonzalo 2004 ¹⁵⁷ | 1.111 | Encuesta Nacional de Salud 1997 | Sexo, edad, clase social, estilos de vida, estado de salud,, uso servicios sanitarios | Media | Porcentaje de regular, mala y muy mala SA | edad | hombre | mujer | | Porcentaje de regular, mala y muy mala SA | | | |
| | | | | | 65-74 | 51 | | 60,1 | | clase social I-II | 47 | 48,6 | |
| | | | | | ≥75 | 56,3 | | 64 | | III | 53 | 61,3 | |
| | | | | | | | | | | IV-V | 58,5 | 67,8 | |
| Girón 2010 ¹⁵⁸ | 2.893 | Encuesta Nacional de Salud 2006 | Sexo, edad, nivel de dependencia, nivel de estudios, uso de servicios sanitarios, número de medicamentos prescritos, salud mental, | Alta | Peor SA OR a (IC95%) | 65-82 años 0,597 (0,47-0,758) p<0,001 | | | Peor SA OR a (IC95%) dependientes 0,653 (0,544-0,784) p<0,001 | Buena SA OR a (IC95%) Primaria o menos 0,481(0,369-0,628)p<0,001 Secundaria 0,683 (0,538-0,868) p<0,01 Superior a secundaria 1 | | | |
| Abellán 2012 ¹⁵⁹ | 7.555 | Encuesta Europea Salud en España 2009 | Sexo, edad, nivel de estudios, situación económica, formas de convivencia, relaciones personales y la experiencia de envejecer; valores, actitudes; y servicios sociales | Alta | Porcentaje de mala y muy mala SA | 65-74 años 16,6% ≥75años 28%, | | | Porcentaje de mala y muy mala SA | | | Porcentaje de mala y muy mala SA | |
| | | | | | | | | | No sabe leer o escribir o estudios primarios incompletos 29,5 | | | Hombres | 17,1 |
| | | | | | | | | | Enseñanzas profesionales de grado superior o Universitarios 8,7 | | | Mujeres | 26,6 |

Tabla 5. Valoración de la calidad de los estudios incluidos en población mayor de 65 años.

| Documento | A | B | C | D | E | B-E | F | G | H | Valoración Global |
|---|----|-----|----|-----|-----|-----|----|----|----|-------------------|
| Sánchez-Santos 2011 ¹⁴⁰ | MB | B | B | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Fernández - Merino 2000 ¹⁴¹ | MB | B | MB | B | B | B | B | B | NI | Alta |
| Borrell 2003 ¹⁴² | MB | REG | B | REG | B | REG | MB | B | MB | Media |
| López-Torres 2013 ¹⁴³ | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Rodríguez-Rodríguez 2011 ¹⁴⁴ | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Lázaro 2007 ¹⁴⁵ | MB | B | MB | B | B | B | B | B | NI | Alta |
| Zunzunegui 2001 ¹⁴⁶ | MB | B | MB | MB | MB | MB | MB | B | MB | Alta |
| Damián 1999 ¹⁴⁷ | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | B | MB | Alta |
| Valderrama 1999 ¹⁴⁸ | MB | B | MB | MB | MB | MB | MB | B | NI | Alta |
| Azpiazu 2002 ¹⁴⁹ | MB | REG | MB | MB | MB | B | MB | B | MB | Alta |
| Brugulats-Guiteras 2011 ¹⁵⁰ | MB | REG | B | REG | MB | REG | MB | B | MB | Media |
| Rueda 2009 ¹⁵¹ | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Roqué i Figuls 2012 ¹⁵² | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Girón 2012 ¹⁵³ | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Rueda 2008 ¹⁵⁴ | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Rueda 2012 ¹⁵⁵ | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Karlsdotter 2011 ¹⁵⁶ | B | REG | MB | MB | MB | B | MB | MB | MB | Alta |
| Gonzalo 2004 ¹⁵⁷ | B | B | B | REG | REG | REG | B | MB | MB | Media |
| Girón 2010 ¹⁵⁸ | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | NI | Alta |
| Abellán 2012 ¹⁵⁹ | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | NI | Alta |

A) objetivos del estudio, B) participantes, C) comparabilidad entre los grupos estudiados, D) definición y medición de las variables principales, E) análisis estadístico y confusión, B-E) validez interna (media de la valoración de los apartados B a E), F) resultados, G) conclusiones, validez externa y aplicabilidad, H) conflicto de intereses; MB: Muy Bien; B: Bien, REG: Regular; NA: No Aplica; NI: No informa.

4.2. DISCUSIÓN

Los resultados de los estudios seleccionados en esta revisión coinciden en señalar la tendencia a que la SA empeora con el incremento de la edad, pero solo en aquellos adultos de edad avanzada menos longevos, en el género femenino y en aquellos pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo, con una nueva variable intensamente relacionada, como sería el nivel de dependencia.

1. SALUD AUTOPERCIBIDA Y EDAD.

Esta revisión confirma que a medida que aumenta la edad se incrementa la mala salud subjetiva, principalmente al aumentar el estado de dependencia, existiendo, por tanto, otros factores determinantes además de la edad. Estos datos también se confirman a nivel europeo mediante la encuestas de salud en mayores, en países de muy diversas estructuras políticas y económicas¹⁶⁰⁻¹⁶⁴.

Siete^{143,147-149,152,153,158} artículos de los revisados encuentran que, sobre todo, a partir de la octava década de la vida, las personas de edad avanzada refieren aumento de su SA. Varios trabajos¹⁶⁵⁻¹⁶⁸ a nivel Europeo observan esta mejoría del estado de salud en edades extremas, lo que podría estar relacionado con que a mayor edad disminuyen las expectativas de encontrarse bien y, por tanto, las personas experimentan una sensación de conformidad que les lleva a reportar mejor SA que individuos más jóvenes, o también pudiera deberse a la distinta percepción de la SA que existe entre generaciones.

2. SALUD AUTOPERCIBIDA Y POSICIÓN SOCIOECONÓMICA.

Los hallazgos de esta revisión indican que la SA es peor entre los adultos mayores con menor nivel de renta, con niveles educativos más bajos y cuya ocupación laboral anterior había sido menos cualificada. Estos resultados coinciden con los de otros autores^{161,162,168} europeos. Existe un consenso en reconocer los factores socioeconómicos de la población como los principales determinantes de salud y factores relacionados con las DSS, concediéndose un papel menos destacado a los servicios sanitarios¹⁶⁰.

Por el contrario, hay menos acuerdo en decidir qué indicador es más útil para medir las DSS en salud en ancianos. Según diversos autores, es preferible escoger varias medidas en lugar de una sola, siendo la más recomendable la clase social, y, sobre todo, el nivel educativo. Este último, y principalmente en las mujeres mayores que han tenido una escasa inclusión en el mercado laboral¹⁶⁸, se comporta más como un indicador de privación material^{101,169}.

3. SALUD AUTOPERCIBIDA Y GÉNERO.

Las DSS en salud en la población española son aún más significativas cuando se efectúa un análisis por género, pues España ha conocido fuertes diferencias en cuanto a la incorporación laboral de la mujer, al ser una sociedad en la que, hasta fechas recientes, era el hombre el encargado de trabajar fuera de casa. Estas diferencias se han plasmado en la “paradoja de la morbilidad”, en la que los hombres mueren antes, pero las mujeres pasan más años en peor estado de salud¹⁰². Existen varias explicaciones posibles para este fenómeno entre los adultos mayores. Una pondría en relación el hecho de que el estilo de vida elegido por los

hombres los lleva a sufrir enfermedades con mayor riesgo de muerte precoz, mientras que las mujeres son más propensas a enfermedades no fatales e incapacitantes. Otra posible causa es la falta de contacto de los hombres con los servicios sanitarios, dado que, a diferencia de las mujeres¹⁷⁰, son más reacios a pedir ayuda, pues el hacerlo podría considerarse una muestra de fragilidad impropia de su rol de género. Una tercera causa ha sido descrita en varios trabajos^{102,170-172}, y muestra que, si las condiciones estructurales fueran más igualitarias para el género femenino, las mujeres presentarían una mejor salud subjetiva. En estos estudios, realizados con población europea y estadounidense, la diferencia en SA tiende a disminuir cuando se controlan factores como la dependencia funcional y las enfermedades crónicas.

En dos de los trabajos seleccionados^{140,141} se ha sugerido la posible asociación de la SA como predictora de mortalidad. La mayor parte de los autores que han utilizado este indicador para sus estudios^{6,7,60,61} así lo considera. Sargent-Cox⁶², sin embargo, concluye que debe tenerse precaución a la hora de relacionar la SA y la mortalidad en mayores de 75 años, pues no está claramente demostrada dicha relación en la literatura. En efecto, como se ha comentado en el punto anterior, las mujeres de edad avanzada presentan peor SA pero, en general, mueren más tarde. Además, varios estudios de nuestra revisión destacan cómo, en edades extremas, la percepción de la salud mejora.

CAPÍTULO 5
DESIGUALDADES EN LA SALUD AUTOPERCIBIDA
DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA SEGÚN EL GÉNERO

5.DESIGUALDADES EN LA SALUD AUTOPERCIBIDA DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA SEGÚN EL GÉNERO

5.1. RESULTADOS

1. Selección de los estudios

En la búsqueda realizada hasta el 30 noviembre de 2016, y destinada a localizar trabajos que analizaran la SA en población general, se identificaron un total de 1.920 trabajos: 1.817 documentos a través de las fuentes electrónicas, 17 mediante las bases de datos de tesis doctorales y 86 a través de la bibliografía contenida en los estudios anteriores.

Se excluyeron 1.277 porque no medían la SA según los criterios expuestos en el apartado de metodología, 95 porque se realizaron en población menor de 15 años, 191 porque no cumplían otros criterios de inclusión y 136 porque eran estudios duplicados. Un total de 221 documentos cumplieron todos los criterios de inclusión y de todos ellos se pudo obtener el documento completo, o al menos un resumen estructurado.

Finalmente, se seleccionaron 46 estudios, que analizaban la SA de la población según el sexo.

El proceso de selección se esquematiza en el Diagrama de flujo basado en la estrategia PRISMA (Figura 6). En la Tabla 6 se recogen las principales características y resultados de los estudios seleccionados a nivel municipal, en la Tabla 7 a nivel regional y en la Tabla 8 a nivel nacional.

2. Características de los estudios

Para la realización de la revisión sistemática, se han seleccionados 46, todos de tipo transversal.

A continuación, se exponen los aspectos formales más destacados.

2.1. Datos de identificación del documento.

- Autores. La autora con un mayor número de trabajos seleccionados fue la primera firmante de 11 trabajos (Lucía Artazcoz), seguida de otra autora de 4 estudios (Carme Borrell).

- Años de publicación. Los trabajos se publicaron entre 1996 y 2015. Siendo 1999 el año con un mayor número de documentos seleccionados, cinco, seguido de 2012 con cuatro publicaciones.

Cuarenta trabajos se publicaron a partir del año 2000, por lo que podríamos considerarlos trabajos recientes.

- Tipo de publicación. Treinta y ocho estudios se publicaron en revistas, tanto españolas como internacionales, treinta y seis como artículos originales y dos en Actas de Congresos^{178,179}. Un documento publicado se correspondía con un trabajo final de Máster¹⁸⁴, dos con tesis doctorales^{2,25} y cinco con informes^{3,45,47,191,193}.

Las revistas con un mayor número de artículos fueron: *Gaceta Sanitaria*, con nueve trabajos; *Social Science and Medicine*, con siete, y *European Journal of Public Health*, con seis.

- Idioma. Veintiocho documentos estaban redactados en inglés y dieciocho en castellano.

2.2. Metodología de los estudios.

- Ámbito de estudio. De los trabajos seleccionados, nueve se realizaron en un ámbito municipal, catorce en un ámbito regional y veintitrés a nivel nacional. En cinco²⁰⁸⁻²¹² de estos últimos se exponían datos comparativos con otros países europeos.

Las muestras de población fueron, como es lógico, de tamaños muy diferentes, desde n= 191 a nivel municipal, hasta n= 196.280, cuando se incluyeron encuestas realizadas en varios países europeos.

- Tipo de encuesta de salud. Las Encuestas de Salud más frecuentemente empleadas fueron la Encuesta Nacional de Salud de España, en diecisiete trabajos, y la Encuesta de Salud de Cataluña, en diez estudios.

2.3. Calidad.

Cuarenta y un estudios se catalogaron como de calidad alta y cinco^{178,179,189,191,201} de calidad media, según los criterios expuestos en el apartado de Metodología¹³³. En la Tabla 9 se muestra la valoración de los apartados resúmenes de cada documento.

Ningún estudio tuvo que ser excluido por tener una calidad “baja”.

3. Resultados de los estudios individuales.

A continuación, se presenta una síntesis descriptiva de los resultados de los documentos seleccionados.

Se ha dividido la exposición de este apartado en dos subapartados, de manera que resulte más sencilla la respuesta a los objetivos de la revisión.

En primer lugar, se expone cómo interviene el sexo de los entrevistados en su percepción de la SA.

En segundo lugar, se analizan en profundidad los dos factores más frecuentemente relacionados con la SA de las mujeres:

- la asociación entre la SA de las mujeres y su dedicación al trabajo productivo y/o trabajo doméstico, y
- la relación entre la SA de las mujeres y su nivel socioeconómico.

3.1. DIFERENCIAS DE SALUD AUTOPERCIBIDA SEGÚN EL SEXO

En cuarenta y cuatro de los cuarenta y seis estudios seleccionados se encontró que las personas correspondientes al género femenino tenían peor salud autopercebida (en veintiuno^{2,178,180-182,184,186,187,193-196,198,204,205,207-212} de ellos de manera significativa). Los dos trabajos restantes^{25,192} no encontraban que las diferencias en la SA estuvieran relacionadas con el sexo.

3.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD AUTOPERCIBIDA DE LAS MUJERES

3.2.1. Diferencias de salud autopercebida según la dedicación de las mujeres al trabajo productivo y/o doméstico.

En dieciséis de los cuarenta y seis estudios se analizaron diversos factores relacionados con el trabajo productivo y reproductivo de las mujeres que influyen en la SA de manera significativa. Solo un estudio⁴⁵ de estos dieciséis no investigó la SA de los hombres en relación con las cargas familiares.

Sus hallazgos sugerirían que:

a) La distribución desigual de las tareas domésticas entre hombres y mujeres empeora la SA de las mujeres.

Cuatro^{45,176,181,193} trabajos concluyeron que el que las mujeres tengan mayor responsabilidad en la realización de las tareas domésticas, es decir, que dediquen a este cometido mayor número de horas que sus parejas, empeora su SA de forma significativa.

Por el contrario, un estudio²⁰² observó que la peor SA se encontraba en aquellas mujeres trabajadoras de entre 25 y 44 años que residían en hogares en los que las tareas domésticas las realizaba la pareja, y en las trabajadoras de entre 45 y 64 en cuyo hogar las tareas domésticas las realizan otros familiares.

En hombres, solo dos estudios asociaron su SA con las horas empleadas en las labores del hogar. Uno de ellos¹⁸¹ indicó que la mala percepción de salud se relacionaba con no contribuir a las tareas del hogar con un mayor número de horas, y otro²⁰² encontró, que la SA empeoraba si eran otros familiares los que se encargaban de dichas tareas.

b) No tener una persona contratada para las tareas domésticas empeora la SA de las mujeres, y también la de los hombres.

En cuatro de los artículos^{176,179,180,198} que analizaron este apartado, se encontró que no disponer de una persona contratada para el hogar se asociaba con una peor SA (en tres^{179,180,198} de ellos de forma significativa), sobre todo en las trabajadoras no manuales¹⁹⁸. Tres trabajos, además, hallaron la misma asociación en hombres^{176,184,198} (dos^{184,198} de ellos de manera significativa).

c) Un mayor número de miembros en la unidad familiar empeora la SA de las mujeres.

Seis trabajos^{176,179,185,186,192,198} hallaban que vivir en una unidad familiar formada por más de tres o cuatro miembros empeoraba de forma significativa la SA de las mujeres si se la comparaba con la SA de las que vivían en pareja.

En cuanto a la clase de trabajo que realizaban las mujeres, tres documentos^{185,191,198} indicaron que esta asociación era más estrecha en las trabajadoras manuales e, incluso, uno¹⁹¹ de ellos no observó tal asociación en trabajadoras pertenecientes a clases “privilegiadas”.

En discordancia con lo anterior, dos^{184,202} trabajos no encontraron relación entre la SA y el mayor número de miembros en la familia.

Solo un documento¹⁹⁸ recogía que la SA de los hombres era peor en hogares de más de 4 miembros, de forma significativa.

d) Mientras que la convivencia con personas mayores de 65 años mejora la SA de las mujeres, no se encuentra una clara relación entre las mujeres que conviven con niños.

Dos trabajos^{184,209} hallaron que convivir con menores de 12 años, empeoraba la SA, y otro no encontró relación²⁰².

Un último documento¹⁷⁶ observó que la presencia de niños, ancianos o discapacitados en el hogar no se relacionaba con mala SA.

Cuatro trabajos^{180,185,186,191} encontraron que convivir con personas mayores de 65 años se asociaba con una mejor SA en las mujeres, sobre todo entre las clases manuales¹⁸⁵.

Por el contrario, dos artículos observaron que dicha convivencia empeoraba la SA en hombres¹⁹¹ o tanto en hombres como en mujeres²⁰⁹.

Un trabajo no encontró relación entre la SA y la convivencia con mayores¹⁸⁴.

- e) No se objetiva una clara relación entre la SA y el número de horas que las mujeres dedican al trabajo remunerado.**

Dos documentos^{192,209} mostraron cómo trabajar más de 40 horas por semana fuera del hogar se relacionaba, de manera significativa, con un empeoramiento de la SA de las mujeres.

Sin embargo, tres artículos^{182,184,190} no encontraron relación entre una jornada larga de trabajo y la mala SA en ninguno de los dos sexos.

- f) La SA de las mujeres que son amas de casa o desempleadas es peor que la de las mujeres con un trabajo remunerado.**

Dos informes^{45,193} indicaron que la SA de las amas de casa, sin importar la clase social a la que pertenecían, y la de las mujeres desempleadas, sobre todo de clase social manual¹⁹³, era peor que la SA de las mujeres empleadas.

3.2.2. Diferencias de SA según la posición socioeconómica de las mujeres

3.2.2.1. Clase social

Veintiséis de los cuarenta y seis trabajos analizaron la clase social de las mujeres.

Veinticinco estudios encontraban que las mujeres que pertenecían a las clases sociales más bajas tenían peor SA que las mujeres de clases sociales altas (en diez^{2,173-177,186,188,193,212} de manera significativa).

Un único artículo¹⁹² no halló relación de la SA con clase social en las mujeres, pero sí entre los hombres.

3.2.2.2. Nivel educativo

De los cuarenta y seis trabajos, dieciséis consideraron el nivel educativo de las mujeres como una de las posibles variables explicativas.

Todos encontraron que la SA empeoraba en las mujeres con más bajo nivel educativo (en trece^{2,30,173,175,177,193,194,202-204,207,208,212} la asociación era significativa).

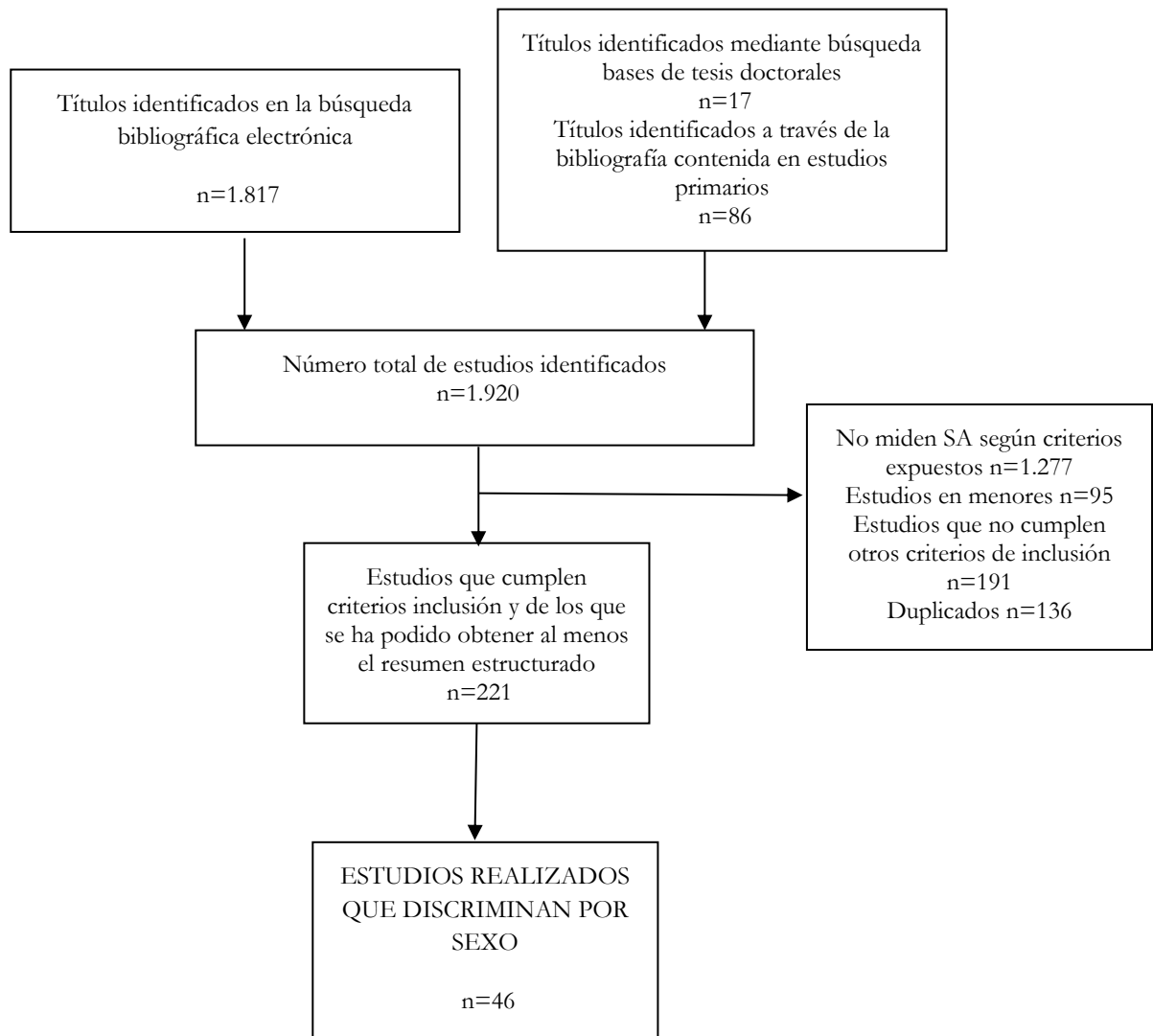


Figura 6. Diagrama de flujo que muestra el proceso de selección de los estudios que estudian la SA según el sexo.

Tabla 6. Principales características de los artículos seleccionados que estudian la SA según el sexo, cuyo ámbito de estudio es el municipal.

| Autor/Año publicación | Encuesta salud/año | de | Población seleccionada | Calidad | Principales resultados* | | |
|--------------------------------------|---|----|----------------------------|---------|---|---|---|
| | | | | | Diferencia mala SA según el sexo | Diferencia mala SA según dedicación al trabajo doméstico y productivo | Diferencia mala SA según la posición socioeconómica |
| Coma 2003 ¹⁷³ | Encuesta de Salud de Cornellà de Llobregat 1994 | | Mayores de 14 n= 2.144 | Alta | 30,5% H vs 42% M | | CS OR,1,1; IC 95% (0,7-1,6) NE OR,3,6; IC 95% (2,0-6,6) |
| Borrell 1999 ¹⁷⁴ | Encuesta de Salud Ciudad de Barcelona 1992 | | Mayores de 14 n=4.171 | Alta | En CS I el 12% H vs 14.8% M. En CS V el 19% H vs 42.4% M | | CS OR,4,86; IC 95%, (2,61-9,02) |
| Domínguez-Berjón 2005 ¹⁷⁵ | Encuesta de Salud Ciudad de Barcelona 1992 | | Mayores de 14 n=4.171 | Alta | 18,2% H vs 26,8% M | | CS OR, 1,9; IC 95% (1,4-2,5) NE OR, 4,9; IC 95% (3,1-7,6) |
| Borrell 2004 ¹⁷⁶ | Encuesta de Salud Ciudad de Barcelona 2000 | | Trabajadores 16-64 n=4.219 | Alta | 10,7% H vs 14,2% | Distribución desigual tareas OR, 1,02; IC 95% (1,01-1,03) No tener persona contratada para tareas 11,6% vs sí tener 7,9% H No tener persona contratada para tareas 16.1% vs sí tener 9% M No encuentra relación SA convivencia menores/mayores | CS OR, 3,25; IC 95% (1,37-7,74) |
| Muntaner 2003 ¹⁷⁷ | Encuesta de Salud Ciudad de Barcelona 2000 | | Trabajadores 16-64 n=4.219 | Alta | 10,7% H vs 14,2% | | CS OR, 3,25; IC 95% (1,37-7,74) NE OR,6,78; IC 95%(3,99-11,54) |

H: hombres; M: mujeres; IC: intervalo de confianza; CS: clase social por ocupación; NE: nivel educativo; OR: Odds Ratio; * los resultados se refieren a mala SA si no se especifica lo contrario.

Tabla 6 (continuación). Principales características de los artículos seleccionados que estudian la SA según el sexo, cuyo ámbito de estudio es el municipal.

| Autor/Año publicación | Encuesta de salud/año | Población seleccionada | Calidad | Principales resultados* | | |
|--------------------------------|---|--|---------|--|--|--|
| | | | | Diferencia mala SA según el sexo | Diferencia mala SA según dedicación al trabajo doméstico y productivo | Diferencia mala SA según la posición socioeconómica |
| Serrano 2008 ² | Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2005 | 15-65 años n=5.704 | Alta | 13,73%; IC95%(12,27- 15,33) H vs 17,42%; IC 95%(15,88-19,07) | | CS OR,1,66; IC 95%, (1,18-2,35) NE OR,5,10; IC 95%, 3,01-8,64 |
| Suárez Gil 1999 ¹⁷⁸ | Encuesta Zonas Básicas Salud Asturias | Entre 30 y 55 años n= 191 | Media | Relación buena SA con ser varón OR,2,25; IC 95% (1,09-4,67) | | |
| Artazcoz 1999 ¹⁷⁹ | Encuesta de Salud de Terrasa 1998 | Trabajadores cabeza de familia o pareja de cabeza de familia que cohabitan n=333 | Media | 24% H vs 30% M | Hogar mayor de 4 miembros OR, 3,76; IC 95%(1,16-12,22) No tener persona contratada tareas OR, 4,11; IC 95%(1,04-16,22) | |
| Artazcoz 2001 ¹⁸⁰ | Encuesta de Salud de Terrasa 1998 | empleados, casados o que cohabitan, menores de 65 años n=326 | Alta | OR,1,53; IC 95%(0,88-2,97) | Hogar mayor de 4 miembros OR, 3,65; IC95% (1,06-15,54) No tener persona contratada tareas OR, 4,43; IC 95%(1,05-18,62) Mejora SA si convivencia con mayores de 65 años OR, 0,18; IC 95%(0,03-1,25) | CS OR,0,74; IC 95%(0,24-2,30) |

H: hombres; M: mujeres; IC: intervalo de confianza; CS: clase social por ocupación; NE: nivel educativo; OR: Odds Ratio; *los resultados se refieren a mala SA si no se especifica lo contrario.

Tabla 7. Principales características de los artículos seleccionados que estudian la SA según el sexo, cuyo ámbito de estudio es el regional.

| Autor/Año publicación | Encuesta de salud/año | Población seleccionada | Calidad | Principales resultados* | | |
|-----------------------------------|--|--|---------|--|---|---|
| | | | | Diferencia mala SA según el sexo | Diferencia mala SA según dedicación al trabajo doméstico y productivo | Diferencia mala SA según la posición socioeconómica |
| Malmusi 2014 ¹⁸¹ | Encuesta condiciones de vida y hábitos de la población Cataluña 2006 | 25-64años, se excluyen si no pueden trabajar debido a su salud n=6.683 | Alta | CS no manual RP,1,39; IC 95% (1,09-1,76); CS manual RP,1,36; IC 95%, (1,20-1,56) | En M no manuales dedicar más de 3 horas RP,1,48 p<0.05 | no manuales 12,9% vs 25,8% manuales |
| Artazcoz 2009 ¹⁸² | ESCA 2006 | asalariados 16-64 años, excluidos si trabajan más de 60 horas/semana n=7.103 | Alta | 9.6% H vs 15.9% M | No relación entre trabajar más de 40/semana y SA | |
| Medina-Bustos 2011 ¹⁸³ | ESCA 1994 y 2006 | Mayores de 15 años n=no informa | Alta | buena SA, frecuencias estandarizadas 1994: 77,4 H vs 68,8 M 2006: 79,9 H vs 71,2 M | | 2006 población activa CS I-II 10,3% vs CS V-IV 21% |
| Armengol 2013 ¹⁸⁴ | ESCA 2006 | Asalariados que viven en pareja 25-64 años n=4.537 | Alta | 10,5% H vs 16,1% M | Tener persona contratada tareas hogar mejor SA en H OR,0,59; IC 95% (0,35-0,99); Convivencia menores peor SA OR, 0,63; IC 95%(0,43-0,93); No relación SA con trabajar más de 40horas/semana o con convivir con más de 4 miembros. | |

ESCA: Encuesta de Salud de Cataluña, H: hombres; M: mujeres; IC: intervalo de confianza; CS: clase social por ocupación; NE: nivel educativo; OR: Odds Ratio; RP: razón de prevalencia; * los resultados se refieren a mala SA si no se especifica lo contrario.

Tabla 7 (continuación I). Principales características de los artículos seleccionados que estudian la SA según el sexo, cuyo ámbito de estudio es el regional.

| Autor/Año publicación | Encuesta de salud/año | Población seleccionada | Calidad | Principales resultados* | | |
|-------------------------------|-----------------------|---|---------|--|---|--|
| | | | | Diferencia mala SA según el sexo | Diferencia mala SA según dedicación al trabajo doméstico y productivo | Diferencia mala SA según la posición socioeconómica |
| Artazcoz 2001 ¹⁸⁵ | ESCA 1994 | Empleados, casados o que cohabitan entre 25-64 años n= 3.333 | Alta | CS no manual 11% H vs 14,3% M CS manual 20,5% H vs 26,7% M | Hogar mayor de 4 miembros OR,2,74; IC 95% (1,22-6,17) en CS manual Mejora SA si convivencia con mayores de 65 años OR,0,33; IC del 95% (0,16-0,66) | no manuales 14,3% vs 26,7% manuales |
| Artazcoz 1999 ¹⁸⁶ | ESCA1994 | Trabajadores que viven en pareja menores de 65, cabezas de familia o parejas de cabezas de familia n=3.379 | Alta | OR,1,31; IC 95% (1,09-1,57) | Hogar mayor de 4 miembros OR, 2,35; IC del 95% (1,34-4,15); Mejora SA si convivencia con mayores de 65 años OR,0,63; IC del 95% (0,39-1,03) | CS OR,2,00; IC 95%(1,42-2,80) |
| Fernández 1999 ¹⁸⁷ | ESCA 1994 | Mayores de 15 n=12.245 | Alta | OR,1,22; IC 95%, 1,10-1,34 | | |
| Fernández 2000 ¹⁸⁸ | ESCA 1994 | Mayores de 15 n=12.245 | Alta | CS I-II 14.5% H vs 21.5% M CS IV-V 25% H vs 34.3% M | | CS OR,1,7; IC 95% (1,4-2,1) |
| Borrell 2006 ¹⁸⁹ | ESCA 1994 y 2002 | Mayores de 15 n=no informa | Media | 1994: CS I-II 10,5% H vs 21,5% M; CS IV-V 25% H vs 34,3% M 2002: CS I-II 10,2% H vs 16,8% M; CS IV-V 23,9% H vs 32,6% M | | 1994 I-II 21,5% vs 34,3% IV-V 2002 I-II 16,8% vs 32,6% IV-V |
| Artazcoz 2007 ¹⁹⁰ | ESCA 2002 | asalariados entre 16-64 años n=2.792 | Alta | 12,2% H vs 15,1 M | No relación entre trabajar más de 40/semana y SA | |

ESCA: Encuesta de Salud de Cataluña, H: hombres; M: mujeres; IC: intervalo de confianza; CS: clase social por ocupación; NE: nivel educativo; OR: Odds Ratio; * los resultados se refieren a mala SA si no se especifica lo contrario.

Tabla 7 (continuación II). Principales características de los artículos seleccionados que estudian la SA según el sexo, cuyo ámbito de estudio es el regional.

| Autor/Año publicación | Encuesta de salud/año | Población seleccionada | Calidad | Principales resultados* | | | |
|-------------------------------------|--|--|---------|---|--|---|--|
| | | | | Diferencia mala SA según el sexo | Diferencia mala SA según dedicación al trabajo doméstico y productivo | Diferencia mala SA según la posición socioeconómica | |
| Artazcoz 2002 ¹⁹¹ | Encuestas de Salud de Andalucía (1999) y País Vasco (1997) | Trabajadores, casados o que viven en pareja de 25 a 64 años n=no informa | Media | Andalucía No manual OR,1,34; IC95% (0,55-3,29) Manual OR,1,98; IC95% (0,98-4,02) Cataluña No manual OR,1,54;IC95% (1,14-2,08) Manual OR,1,69; IC95% (1,31-2,18) País Vasco No manual OR,0,79;IC95% (0,40-1,56) Manual OR,1,10; IC 95% (0,63-1,92) | Manuales hogar más de 3 miembros Cataluña OR, 2,11; IC 95% (1-4,44); País Vasco OR,18,5; IC 95% (2,44-140,18). Cataluña Mejora SA si convivencia con mayores OR,0,36; IC 95% (0,18-0,73); En H en Andalucía, convivencia con mayores peor SA. | Andalucía: no manual 5,1% vs 7.9% manual Cataluña: no manual 14,3% vs 25.7% manual País Vasco: no manual 8% vs 18.2% manual | |
| Artazcoz 2004 ¹⁹² | Encuesta Navarra de Condiciones de Trabajo 1997 | Empleados, casados y que cohabitan entre 25-64 años n=1.281 | Alta | | Trabajar más de 40 horas/semana OR, 5,44; IC 95% (1,42-20,82); Hogar mayor de 3 miembros OR,4,16; IC 95% (1,37-12,65) | No halla relación entre la SA y la clase social | |
| García-Calvente 2008 ¹⁹³ | Encuestas de Salud de Andalucía 1999 Y 2003 | Mayores de 16 años 1999 n=6484 2003 n=6703 | Alta | 1999 22,6% H vs 32,7% M 2003 19,8% H vs 29,4% M | En 2003: Tener la responsabilidad en las tareas domésticas 31,1%frente a no responsabilidad 26,6%; Ama de casa no manual OR,1,08; IC 95% (0,63-1,85) manual OR, 1,33; IC 95%, (0,88-2,00); desempleadas manuales: OR,1,53; IC 95%, (0,88-2,66). | En 2003:CS no manual 26,1% vs 31,2% manual NE Universitarios 11% vs Sin estudios 56,9% | |
| Bacigalupe 2007 ⁴⁵ | ESCAV 2002 | Mayores de 16 n=8.398 | Alta | 35,4% H vs 39,6% M | Tener la responsabilidad en las tareas domésticas RP,1,54; IC 95% (1,18-2,02); Amas de casa RP, 1,14; IC95% (1,01-1,29); desempleadas, 1,30; IC 95%, (1,00-1,71) | CS: I 31% vs V 46% NE: Terciarios 32% vs 44% sin estudios | |

ESCA: Encuesta de Salud de Cataluña, ESCAV: Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco; H: hombres; M: mujeres; IC: intervalo de confianza; CS: clase social por ocupación; NE: nivel educativo; OR: Odds Ratio; RP: Razón de prevalencias; * los resultados se refieren a mala SA si no se especifica lo contrario.

Tabla 8. Principales características de los artículos seleccionados que estudian la SA según el sexo, cuyo ámbito de estudio es el nacional.

| Autor/Año publicación | Encuesta de salud/año | Población seleccionada | Calidad | Principales resultados* | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|--|---------|--|--|--|
| | | | | Diferencia mala SA según el sexo | Diferencia mala SA según dedicación al trabajo doméstico y productivo | Diferencia mala SA según la posición socioeconómica |
| Aguilar-Palacio 2015 ¹⁹⁴ | ENSE 2001-2003-2006-2011/12 | Mayores de 25 años n=no informa | Alta | 2006: OR,41,7%; IC95% (40,9-42,4) | | NE 2001: OR,2,7; IC95% (2,3-3,2) NE 2012: OR,3,9; IC95% (3,4-4,6) |
| Malmusi 2012 ¹⁹⁵ | ENSE 2006 | Mayores de 15 años con respuestas válidas para SA n=29.139 | Alta | RP,1,36; IC95% (1.29–1.41) | | |
| Artazcoz 2011 ¹⁹⁶ | ENSE 2006 | Trabajadores 21-64 años n=14.444 | Alta | No manuales: 16,6% Hvs21,8%M Manuales: 23,4% H vs 32,4% M | | CS: No manuales 21,8% vs 32,4% manuales |
| Garrido-Cumbrera 2010 ¹⁹⁷ | ENSE 2006 | Mayores de 15 años n=29.478 | Alta | 27,4% H vs 39,4% M | | |
| Arcas 2012 ¹⁹⁸ | ENSE 2006 | Empleados o que cohabitan 25-64 años n=9.108 | Alta | no manual 15,6 % H vs 21,7% M manual 23,7% H vs 34,8% M | Manuales hogar más de 4 miembros OR, 1,85; IC 99% (1,27-2,70) M y OR,1,56; IC 99% (1,07–2,27) H; No tener persona contratada tareas no manuales OR, 0,66; IC 95% (0,50–0,87) M; OR, 0,73; IC 95% (0,56–0,96) H | CS no manual 21,7% vs 34,8% manual |
| Barroso 2015 ¹⁹⁹ | ENSE 2006 y 2011 | Mayores 16 ENSE 2006 n=29.272 ENSE 2011 n= 20.841 | Alta | Buena SA ENSE 2006: 72,59% H vs 60,62% M ENSE 2011: 76,48% H vs 67,28% M | | Buena SA NE 2006: Universitarios 82,04% vs 51,24% primaria; 2011: Universitarios 88,74% vs 48,19% primaria |
| Girón 2010 ²⁵ | ENSE 2006 | Mayores de 15 años con respuestas válidas para SA n=29.139 | Alta | | | CS OR, 1,103; IC 95%, (0,965-1,262) NE OR, 0,484; IC 95%, (0,383-0,610) |

ENSE: Encuesta Nacional de Salud; ESCA: Encuesta de Salud de Cataluña; H: hombres; M: mujeres; IC: intervalo de confianza; CS: clase social por ocupación; NE: nivel educativo; OR: Odds Ratio; RP: Razón de prevalencias; * los resultados se refieren a mala SA si no se especifica lo contrario.

Tabla 8 (continuación I). Principales características de los artículos seleccionados que estudian la SA según el sexo, cuyo ámbito de estudio es el nacional.

| Autor/Año publicación | Encuesta de salud/año | Población seleccionada | Calidad | Principales resultados* | | |
|------------------------------|-------------------------|--|---------|--|--|---|
| | | | | Diferencia mala SA según el sexo | Diferencia mala SA según dedicación al trabajo doméstico y productivo | Diferencia mala SA según la posición socioeconómica |
| Arroyo 2015 ²⁰⁰ | ENSE y ESCA 2006 y 2011 | Mayores 15 años ENSE 2006 n=29.478 ENSE 2011 n=21.007 ESCA 2006 n=15.926 ESCA 2011 n=3.901 | Alta | ENSE 2006 32,08% H vs 43,80% M ENSE 2011 25,91% H vs 37,32% M ESCA 2006 20,54% H vs 30,74% M ESCA 2011 19,68% H vs 27,71% M | | |
| Artazcoz 2004 ²⁰¹ | ENSE 1997 | 25-64 años n=4.044 | Media | 25,9% H vs 32,4% M | | CS I 22% vs CS IV 38,3% |
| Regidor 2011 ²⁰² | ENSE 2003 | empleados y conviviendo al menos con la pareja 25-64 años n=6.284 | Alta | estudios terciarios: 11,5% H vs 15,8% M; sin estudios 31,4% H vs 42,4% M | 25-44 años tareas domésticas las realiza la pareja OR, 2,07; IC 95% (1,15-3,70) 45-64 tareas domésticas las realizan otros familiares OR, 1,69; IC 95% (1,01-2,85) | NE 25-44 años OR,2,95 IC 95% (2,10-4,15) 45-64 años OR,2,59 IC 95% (1,83-3,68) |
| Regidor 2006 ²⁰³ | ENSE 1987 y 2001 | 20-70 años 1987: n=24.771 2001: n=14.271 | Alta | 1987 26,5% H vs 35,1% M 2001 22,6% H vs 32,1% M | | NE diferencia de porcentajes 1987: 13,7; IC 95% (9,8-18,2) 2001: 18,8; IC 95% (13,4-25,1) |
| Regidor 2002 ³⁰ | ENSE 1987,1995 y 1997 | 25-74 años 1987 n=26.687; 1995+1997 n=12.187 | Alta | En clases manuales 1987: 35,6% H vs 43,3% M 1995/97 37,7% H vs 43,8% M | | CS 1987 OR,1,18; IC 95% (1,11-0,24) CS 1995/97 OR,1,26; IC 95% (1,18-1,36) NE 1987 OR,1,59; IC 95% (1,46-1,74) NE 1995/97 OR,1,66; IC 95% (1,48-1,87) |

ENSE: Encuesta Nacional de Salud; ESCA: Encuesta de Salud de Cataluña; H: hombres; M: mujeres; IC: intervalo de confianza; CS: clase social por ocupación; NE: nivel educativo; OR: Odds Ratio;

* los resultados se refieren a mala SA si no se especifica lo contrario

Tabla 8 (continuación II). Principales características de los artículos seleccionados que estudian la SA según el sexo, cuyo ámbito de estudio es el nacional.

| Autor/Año publicación | Encuesta de salud/año | Población seleccionada | Calidad | Principales resultados* | | |
|-----------------------------------|---|--|---------|---|---|---|
| | | | | Diferencia mala SA según el sexo | Diferencia mala SA según dedicación al trabajo doméstico y productivo | Diferencia mala SA según la posición socioeconómica |
| Navarro 1996 ³ | ENSE 1987 y 1993 | Mayores de 16 años 1987: n=27.756 1993: n=21.120 | Alta | 1987 y 1993 varía entre 9% y 64% H vs entre 11% y 74% M | | 1987: CS I 18% vs 30% CS IV 1993: CS I 21% vs 38% CS IV |
| Daponte 2008 ²⁰⁴ | ENSE 1987, 1993, 1995, 1997 y 2001 | Mayor o igual a 16 años 1987: n=29.647; 1993: n=21.062; 1995+1997: n=12.791; 2001: n=21.067 | Alta | 1987: 26,8% H vs 36,9% M; 1993: 26,5% H vs 36,1% M; 1995-97: 28,3% H vs 36,5% M; 2001: 24,6% H vs 36 % M | | 1987 manual vs no manual OR,2,08; IC 95% (1,78-2, 41) 2001 manual vs no manual OR,2,64; IC 95% (2,06-3,23) 1987 NE OR,2,66; IC 95% (2,06-3,38) 2001 NE OR,3,62; IC 95% (2,95-4,63) |
| Rodríguez-Sanz 2006 ⁴⁷ | ENSE 2003. | Mayor o igual a 16 años n=21.650 | Alta | 27% H vs 36,8% M | | CS I 17,8% vs CS V 49,8% |
| Urbanos 2012 ²⁰⁵ | Estadísticas de Ingresos y Condiciones de vida 2006 | Mayor o igual a 16 años n= 25,498 | Alta | Peor SA en M: media 0,506; desviación estándar 0,500. | | |
| La Parra 2001 ²⁰⁶ | Datos del panel europeo de hogares 1994 | Mayores de 16 n=17.892 | Alta | 11,4% H vs 16,7% | | |
| Karlsdotter 2012 ²⁰⁷ | Encuesta de condiciones de vida España 2007 | Mayores de 16 años n=28.023 | Alta | Peor SA en M con OR 0,869 | | NE protector OR 0,533 |

ENSE: Encuesta Nacional de Salud; ESCA: Encuesta de Salud de Cataluña; H: hombres; M: mujeres; IC: intervalo de confianza; CS: clase social por ocupación; NE: nivel educativo; OR: Odds Ratio;

* los resultados se refieren a mala SA si no se especifica lo contrario.

Tabla 8 (continuación III). Principales características de los artículos seleccionados que estudian la SA según el sexo, cuyo ámbito de estudio es el nacional.

| Autor/Año publicación | Encuesta de salud/año | Población seleccionada | Calidad | Principales resultados* | | |
|------------------------------|---|---|---------|----------------------------------|--|--|
| | | | | Diferencia mala SA según el sexo | Diferencia mala SA según dedicación al trabajo doméstico y productivo | Diferencia mala SA según la posición socioeconómica |
| Borrell 2009 ²⁰⁸ | Proyecto EUROTHINE ENSE 2001 | 25 a 64 años n=196.280 | Alta | 20, 00% H vs 29.8 M | | NE RP, 2,39; IC 95% (2,02-2,82) |
| Artazcoz 2013 ²⁰⁹ | Quinta encuesta europea de las condiciones de trabajo en 2010 | Empleados casados y que cohabitan 25-64 años n=19.365 | Alta | 22,6% H vs 19,4% M | Hogar mayor de 2 niños OR, 1,34; IC 95%, (0,98-1,84); Convivencia con mayores peor SA OR, 0,89; IC 95% (0,43-1,83) M y OR,1,79; IC 95% (1,00-3,20) H; Trabajar entre 41 y 50 horas/semana OR,1,68; IC 95% (1,13-2,51); | |
| Bambra 2009 ²¹⁰ | Proyecto EUROTHINE ENSE 2001 | Mayores 16 n=no informa | Alta | OR, 1,37; IC del 95% (1,23-1,53) | | |
| Olsen 2007 ²¹¹ | Encuesta Social Europea 2003 | Mayores de 14 años n=38.472 | Alta | Hombre 3.83/5, mujer 3.67/5 | | |
| Palencia 2014 ²¹² | Encuesta Social Europea 2010 | n=52.437 | Alta | RP,1,28; IC 95% (1,14-1,44) | | CS RP,1,43; IC 95% (1,15-1,78) NE RP,1,26; IC 95% (1,18-1,35) |

ENSE: Encuesta Nacional de Salud; ESCA: Encuesta de Salud de Cataluña; H: hombres; M: mujeres; IC: intervalo de confianza; CS: clase social por ocupación; NE: nivel educativo; OR: Odds Ratio; RP: Razón de Prevalencias; * los resultados se refieren a mala SA si no se especifica lo contrario.

Tabla 9. Valoración de la calidad de los estudios incluidos que estudian la SA según el sexo.

| Documento | A | B | C | D | E | B-E | F | G | H | Valoración Global |
|-----------------------|-----|-----|----|-----|----|-----|-----|----|----|-------------------|
| Coma 2003 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | B | NI | Alta |
| Borrell 1999 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | B | NI | Alta |
| Domínguez-Berjón 2005 | MB | B | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Borrell 2004 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | B | NI | Alta |
| Muntaner 2003 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | B | MB | Alta |
| Serrano 2008 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | B | MB | Alta |
| Suárez Gil 1999 | REG | REG | MB | B | MB | B | REG | B | NI | Media |
| Artazcoz 1999 | B | B | NA | NI | MB | REG | MB | B | NI | Media |
| Artazcoz 2001 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | B | NI | Alta |
| Malmusi 2014 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Artazcoz 2009 | MB | B | MB | MB | MB | MB | MB | B | MB | Alta |
| Medina-Bustos 2011 | MB | MB | MB | B | MB | MB | MB | B | MB | Alta |
| Armengol 2013 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | B | NI | Alta |
| Artazcoz 2001 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | NI | Alta |
| Artazcoz 1999 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Fernández 1999 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Fernández 2000 | MB | B | MB | REG | MB | B | B | B | MB | Alta |
| Borrell 2006 | MB | REG | B | B | MB | REG | MB | MB | MB | Media |
| Artazcoz 2007 | MB | B | MB | MB | MB | MB | MB | B | MB | Alta |
| Artazcoz 2002 | REG | REG | B | B | B | MB | REG | MB | NI | Media |
| Artazcoz 2004 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| García-Calvente 2008 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Bacigalupe 2007 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |

A) objetivos del estudio, B) participantes, C) comparabilidad entre los grupos estudiados, D) definición y medición de las variables principales, E) análisis estadístico y confusión, B-E) validez interna (media de la valoración de los apartados B a E), F) resultados, G) conclusiones, validez externa y aplicabilidad, H) conflicto de intereses; MB: Muy Bien; B: Bien, REG: Regular; NA: No Aplica; NI: No informa.

Tabla 9 (continuación). Valoración de la calidad de los estudios incluidos que estudian la SA según el sexo.

| Documento | A | B | C | D | E | B-E | F | G | H | Valoración Global |
|-----------------------|----|-----|----|----|----|-----|----|----|----|-------------------|
| Aguilar-Palacio 2015 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Malmusi 2012 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Artazcoz 2011 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Garrido-Cumbrera 2010 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Arcas 2012 | MB | B | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Barroso 2015 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Girón 2010 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | NI | Alta |
| Arroyo 2015 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Artazcoz 2004 | MB | NI | B | B | BI | REG | B | MB | NI | Media |
| Regidor 2011 | MB | B | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Regidor 2006 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | NI | Alta |
| Regidor 2002 | MB | B | MB | MB | MB | MB | MB | MB | NI | Alta |
| Navarro 1996 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Daponte 2008 | MB | B | B | MB | MB | MB | MB | MB | NI | Alta |
| Rodríguez-Sanz 2006 | MB | MB | MB | B | B | MB | B | B | MB | Alta |
| Urbanos 2012 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | NI | Alta |
| La Parra 2001 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Karsldotter 2012 | B | REG | MB | MB | MB | MB | MB | MB | NI | Alta |
| Borrell 2009 | MB | B | B | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Artazcoz 2013 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Bambra 2009 | MB | B | B | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Olsen 2007 | MB | B | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |
| Palencia 2014 | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | MB | Alta |

A) objetivos del estudio, B) participantes, C) comparabilidad entre los grupos estudiados, D) definición y medición de las variables principales, E) análisis estadístico y confusión, B-E) validez interna (media de la valoración de los apartados B a E), F) resultados, G) conclusiones, validez externa y aplicabilidad, H) conflicto de intereses; MB: Muy Bien; B: Bien, REG: Regular; NA: No Aplica; NI: No informa.

5.2. DISCUSIÓN

1. DIFERENCIAS DE LA SALUD AUTOPERCIBIDA SEGÚN EL SEXO.

La gran mayoría de los estudios analizados en nuestra revisión (44 de 47) concluyen que la SA es peor en las mujeres que en los hombres.

La mayor parte de la literatura revisada, tanto a nivel nacional como internacional, también respalda esta afirmación al encontrar desigualdad de género en la SA de las personas^{15,45,99,213,214}.

Estudios de nuestra revisión que no encuentran relación entre la mala SA y el sexo femenino en España

Frente a la práctica unanimidad en los resultados de los estudios de nuestra revisión, aparecen tan solo dos documentos^{25,192} y un parte de un tercero¹⁹¹, que no relacionan las diferencias de la SA con el sexo.

Así, Artazcoz¹⁹² encontraba que las mujeres refieren más síntomas psicosomáticos con respecto a los hombres, pero no hallaba diferencias a nivel de la SA. En su discusión exponía que, aunque muchos estudios han observado que la SA es peor en mujeres, esto dependía del contexto cultural en el que se había realizado la encuesta, que en su estudio se había limitado a una única región española, Navarra. Además, argumentaba que es más frecuente encontrar estrés psicológico en las mujeres, mientras que es el sufrimiento físico el que se relaciona más estrechamente con una SA peor.

Por su parte, en su tesis doctoral, Girón²⁵ utilizaba la Encuesta Nacional de Salud de 2006 para analizar los factores que explicarían la buena SA en la población mayor de 16 años. En su estudio no se concluía que el sexo influyera en la valoración de la SA. Sin embargo, el propio autor explicaba que los datos de la ENSE 2006 indican que la peor SA se da entre las mujeres. De hecho, en su análisis univariante sí encontraba que el ser mujer disminuía la SA positiva, es decir, que eran menos las mujeres que consideraban su salud como buena o muy buena con respecto a los hombres. Sin embargo, en el análisis multivariante, que se realizó por separado para ambos sexos, no hallaba dicha relación, atribuyéndolo a que, probablemente, la mala SA se relacionaría estadísticamente con otros factores, sin indicar cuáles.

Igualmente, se dio el caso de un informe¹⁹¹ que solo encontraba discrepancias a nivel territorial. Así, mientras que en Cataluña las mujeres percibían su salud peor que los hombres (ESCA 1994), en el País Vasco no existían diferencias de género (Encuesta de Salud del País Vasco 1997) y, en Andalucía la situación era intermedia, con diferencias de género entre la población de trabajadoras manuales y sin ellas en la población de trabajadoras de clases más acomodadas (Encuesta de Salud de Andalucía 1999).

En contraposición, otros dos informes realizados también en País Vasco⁴⁵ y Andalucía¹⁹³ sí encontraban diferencias entre la SA de hombres y mujeres, siendo peor en estas últimas. El primero de estos estudios utilizaba datos de la Encuesta de Salud del País Vasco de 2002, y el otro de las Encuestas de Salud de Andalucía realizadas en 1999 y 2003.

No hemos encontrado ningún trabajo a nivel internacional que corrobore estos hallazgos.

Nuestra revisión, en consonancia con la literatura tanto nacional como internacional, encuentra, por tanto, que la peor SA se relaciona con el sexo femenino. Queremos detenemos ahora en la evolución temporal de la desigualdad de género de la SA en España. A continuación, trataremos de explicar las razones de por qué, a pesar de que la tasa de mortalidad de las mujeres es más baja que la de los varones, estas presentan peor estado de salud, o lo que se ha denominado “la paradoja de la mortalidad”.

Evolución de la salud autopercebida en función del género a lo largo de los últimos años.

Aunque la SA de la población general ha mejorado, tanto a nivel nacional²¹⁵ como autonómico, en Cataluña¹⁸³ la desigualdad de género se ha mantenido en todo el periodo analizado.

En seis^{47,183,189,194,200,203} de los estudios incluidos en nuestra revisión se analizaba la tendencia de la SA a lo largo de distintos periodos de tiempo.

A nivel nacional, cuatro^{47,194,200,203} de ellos encontraban que las mujeres presentan peor SA que los varones para todo el periodo de estudio, medida mediante las Encuestas Nacionales de Salud entre 1993 y 2011.

En Cataluña, tres^{183,189,200} artículos, analizando los datos de la Encuesta de Salud de Cataluña entre los años 1994 a 2011, encontraban que la SA también era peor en las mujeres.

¿Por qué la SA no ha empeorado con la crisis?

Algunos autores han planteado que los recortes realizados en los presupuestos asignados a la sanidad pública durante la recesión económica se verían reflejados en un peor estado de salud de la población²¹².

Sin embargo, la SA de la población española ha mejorado en la última ENSE realizada en 2011/12 con respecto a años anteriores²¹⁵.

En un trabajo de Regidor²¹⁶ publicado en 2013, los autores plantean que, tal vez, aún es pronto para ver los efectos de la crisis en la salud de los españoles y que, coincidiendo con otros autores, como Bartoll²¹⁵, posiblemente los servicios que restan del estado de bienestar en España puedan estar amortiguando los peores efectos de la crisis.

“La paradoja de la mortalidad” de las mujeres

Dado que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres, pero declaran una peor SA, se han postulado diferentes hipótesis para tratar de explicar lo que se ha denominado “la paradoja de la mortalidad”.

El hecho de que los niveles e indicadores de salud y de enfermedad sean diferentes en hombres y en mujeres podría deberse, entre otras razones, a factores biológicos que predispondrían a uno u otro sexo a determinadas enfermedades.

Sin embargo, trataremos de exponer aquí los argumentos propuestos por diferentes autores para explicar por qué son desiguales, es decir, por qué son distintos “de manera injusta”, por motivos o condicionantes sociales basados en el género.

En primer lugar, distintos autores han planteado si la peor valoración del estado de salud por parte de las mujeres podría responder a una *diferencia en el significado de salud según género y a una forma distinta de expresarlo*.

Algunos estudios no nos permiten corroborar que las mujeres pudieran tender a infradimensionar su estado de salud:

- Macintyre²¹⁷ en 1999 elaboró un documento, basándose en la creencia de que las mujeres son más dadas a exponer sus enfermedades o padecimientos. En su trabajo, se entrevistó a una muestra de ciudadanos escoceses preguntándoles acerca de las características de la patología crónica que podían padecer. No se encontraron diferencias entre sexos a la hora de informar sobre sus enfermedades, ni siquiera en cuanto a quejas triviales o relacionadas con la salud mental.
- Ross y Bird²¹⁸ en 1994 desarrollaron un modelo analítico basado en los datos de entrevistas telefónicas a hogares estadounidenses. Encontraron que las mujeres referían peor SA que los hombres y que esa diferencia disminuía con la edad. Según su modelo, se predijo que, si las mujeres tuvieran los mismos niveles de trabajo remunerado, con las mismas ganancias y niveles de estrés, su SA se igualaría e incluso superaría a los hombres a partir de los 59 años.

Otra posible explicación de la “paradoja de la mortalidad” se basaría en que *las mujeres sufrirían más enfermedades crónicas pero que estas serían menos determinantes en relación con la mortalidad, aunque empeorarían su calidad de vida y, por tanto, su SA*. La artrosis podría ser un ejemplo de ese tipo de enfermedades crónicas. Por su parte, los hombres presentarían con mayor frecuencia enfermedades relacionadas con estilos de vida poco saludables, culturalmente más relacionados con el género masculino, y que provocarían con mayor frecuencia su fallecimiento prematuro. Este sería el caso de las enfermedades cardiovasculares, de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, alcohol y drogas, y de las muertes violentas o por accidentes^{219,200}.

Finalmente, hay otros autores, como Verbrugge²²¹ en 1989, que se basó en la Encuesta de Salud de la ciudad de Detroit, a través de la cual medía el estado de salud de los entrevistados en base a los síntomas físicos y psicológicos percibidos en las últimas 6 semanas. Concluía que la salud de las mujeres no tiene tanto que ver con una percepción distinta de su nivel de salud, sino que *las mujeres soportarían peores factores sociales, principalmente los relacionados con su situación laboral, con respecto a los varones*.

- En 1991, Bird²²² escribió un estudio en el que concluía que, al controlar las variables relacionadas con el rol femenino (como el trabajo remunerado, menores ganancias, mayor número de horas dedicadas al trabajo doméstico y menor número de horas dedicadas al ocio y a dormir), se observaba que la SA era mejor en las mujeres que en los hombres.

Como conclusión, los trabajos de todos estos autores explicarían que *la paradoja de la mortalidad no se debe a una diferente percepción de la salud (SA) y de la enfermedad por sexos, sino que estaría relacionada principalmente con factores sociales*.

Los hombres mueren por enfermedades relacionadas con su rol social masculino, con su estilo de vida (mayor tasa de fumadores y consumidores de alcohol) y con conductas de riesgo (accidentes de tráfico, violencia)²²³. Mientras que las mujeres sienten peor su salud por la desigual situación social que viven, con respecto a los varones, en muchos aspectos cruciales, como su situación respecto al empleo y al ámbito familiar⁹¹.

2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD AUTOPERCIBIDA DE LAS MUJERES

2.1. DIFERENCIAS DE LA SALUD AUTOPERCIBIDA SEGÚN LA DEDICACIÓN AL TRABAJO DOMÉSTICO Y/O AL TRABAJO PRODUCTIVO DE LAS MUJERES.

2.1.1. Salud autopercebida y dedicación al trabajo doméstico

En esta revisión se han recogido las variables de la población femenina trabajadora más frecuentemente analizadas en los estudios seleccionados, con el fin de poder realizar una aproximación al trabajo doméstico. Dichas variables son:

- a. El número de horas que se dedican a las tareas del hogar.
- b. Tener una persona contratada para las tareas del hogar.
- c. El número de miembros que componen el hogar.
- d. Convivir con menores de edad en el hogar.
- e. Convivir con personas mayores de 65 años en el hogar.

a. El número de horas que las mujeres dedican a las tareas del hogar.

De los resultados de la revisión se concluye que, teniendo en cuenta que las mujeres son las encargadas de realizar la mayoría de las tareas domésticas, la SA de las mujeres empeora cuanto más desigual es el reparto del trabajo doméstico entre ellas y sus parejas.

Comparación nacional

En línea con esta conclusión de nuestra revisión, un trabajo realizado en España²²⁴ que analizaba una muestra de mujeres entre 25 y 65 años a través de la ESCA concluía que la SA de las mujeres se veía afectada por la carga de trabajo doméstico, sobre todo en las que tenían un bajo nivel de estudios.

En España, en las últimas décadas, las mujeres, que tradicionalmente se encargaban únicamente del trabajo reproductivo –que engloba el cuidado de los hijos y otros familiares– y de las tareas domésticas, cada vez se han incorporado en mayor proporción al trabajo productivo o remunerado^{21,225}.

A pesar de esto, las mujeres ocupadas siguen siendo las principales encargadas del trabajo doméstico y, aunque ellas también trabajen fuera del hogar, los hombres dedican menos horas que ellas al cuidado de la casa y de los otros miembros de la familia²⁰¹.

Según datos obtenidos del panel de hogares de la Unión Europea en 1999, el 67% de las mujeres españolas dedican más de 40 horas semanales al cuidado de los hijos, frente al 18% de los hombres²²⁶.

Larrañaga²²⁷, en 2004, analizaba los datos procedentes de tres Encuestas sobre Usos del Tiempo realizadas por el Instituto de la Mujer en 1993, 1996 y 2001. Se estudiaba el número de horas dedicadas en España, por hombres y mujeres, tanto al trabajo reproductivo como al productivo.

En el periodo analizado, los hombres españoles aumentaron su dedicación diaria al trabajo doméstico en un 35%, mientras que las españolas lo redujeron menos de un 5%. Por otro lado, a pesar del aumento de un 51% de mujeres en el mercado laboral, el tiempo que dedicaban los hombres al trabajo remunerado superaba casi en dos horas al que dedicaban las mujeres (3,28 y 1,52 horas diarias respectivamente).

En cuanto al tiempo dedicado a las tareas de hogar, todavía en 2001 era muy desigual entre ambos sexos, con 7.22 horas de las mujeres y 3.1 horas de los hombres. Más recientemente, la ENSE 2006 recogía que el tiempo diario que dedicaban al trabajo doméstico las mujeres trabajadoras manuales fue de 3.4 horas, frente a 0.7 horas de los hombres, mientras que en la población de clase no manual las mujeres dedicaban 2.7 horas y los hombres 0.8 horas¹⁹⁸.

Comparación internacional

Fuera de nuestro país, un estudio²²⁸ encontró cómo la sobrecarga de trabajo doméstico provoca un empeoramiento del estado de salud en una muestra de la población de mujeres inglesas. Lo mismo observó un segundo trabajo²²⁹ en otra muestra de mujeres del norte de Suecia.

Estudios que no encuentran relación entre la mala SA y la responsabilidad en las tareas domésticas

En uno de los trabajos²⁰², los autores observaban, según datos de la ENSE 2003, que la SA empeoraba cuando eran otros convivientes los que realizaban las tareas del hogar. En la discusión de su trabajo planteaba que, en el grupo de edad entre 25 y 44 años, la diferencia era mínima entre la SA de las mujeres que realizaban ellas mismas las tareas domésticas y las que no las realizaban, mientras que en el grupo de edad entre 45 y 64 años no se podía descartar que las mujeres que no realizaban las tareas domésticas no lo hicieran por estar enfermas y no poder realizarlas solas.

No hemos encontrado ningún trabajo a nivel internacional que corrobore estos hallazgos.

b. Tener una persona contratada para las tareas del hogar

De nuestra revisión se deduce que el hecho de no tener una persona contratada para ayudar en las tareas del hogar se relaciona con una peor SA en las mujeres. Esta es la única

variable analizada que también se encuentra fuertemente asociada con la SA de los varones. Tener una persona contratada en el hogar alivia la carga de trabajo doméstico en las mujeres, se asocia con un buen nivel económico en los hombres y también mejora la percepción de la salud de estos.

Comparación internacional:

No hemos encontrado estudios a nivel internacional que relacionen la SA con tener una persona contratada para las tareas del hogar.

c. El número de miembros que componen el hogar

La mayoría de los trabajos incluidos en nuestra revisión que analizan este aspecto concluyen que vivir en hogares de más de tres o cuatro miembros empeora la SA de las mujeres, especialmente la de las pertenecientes a la clase manual.

Es lógico pensar que, a mayor número de convivientes en un hogar, aumenta la carga de tareas domésticas y el número de horas necesarias para realizarlas, en detrimento de las horas que puedan dedicar las mujeres al descanso o al ocio.

Un trabajo¹⁹⁸ incluido en la revisión recogió que el tamaño de la unidad familiar también afecta a la SA de los varones. Dada la escasa implicación de los hombres en las actividades domésticas, esta autora plantea que el empeoramiento de la SA de los varones en estos casos podría deberse a razones económicas, por el empobrecimiento relativo que supone un hogar compuesto por más de 4 miembros.

Comparación nacional

García Calvente²²⁶, en un trabajo publicado en 2004, observa un empeoramiento significativo de la SA cuando el hogar lo componen más de 4 miembros.

Comparación internacional

A nivel internacional, dos estudios^{230,231} observaron que las mujeres tienen mayor estrés psicológico cuando comparten su hogar con un mayor número de personas, lo que podría repercutir en su peor SA.

Estudios de nuestra revisión que no encuentran relación entre la mala SA y el número de miembros en el hogar

Sin embargo, los resultados de dos de nuestros estudios difieren del resto.

Uno de ellos¹⁸⁴, basándose en la ESCA 2006, lo atribuyó a que la mayoría de los trabajos que sí hallan esa asociación lo hacen en mujeres trabajadoras no manuales, mientras que en su estudio no habían diferenciado a las mujeres por el tipo de trabajo que realizaban. Tampoco²⁰², con datos de la ENSE 2003, encontró relación entre la SA y un mayor número de miembros en el hogar. En la discusión de su trabajo se mencionan dos investigaciones^{232,233} que indicarían

que la mortalidad podría incluso ser menor en las personas que conviven en unidades familiares grandes. Este autor concluyó que quizá no está aún clara la posible relación de la SA y otros indicadores de salud con la pertenencia a una unidad familiar con mayor número de miembros.

No hemos encontrado ningún trabajo a nivel internacional que corrobore estos hallazgos.

d. Convivir con menores de edad

Este punto, dado el escaso número de estudios seleccionados que lo tratan y la discrepancia entre ellos, no ha quedado suficientemente clarificado en nuestra RS.

Cuatro de los estudios que hemos incluido en nuestra RS analizan el efecto de la convivencia con menores en el hogar en la SA de las mujeres.

Dos de los trabajos^{184,209} indicaron que la SA de estas mujeres empeora debido al aumento de las tareas domésticas que conlleva el cuidado de menores. Sin embargo, otros dos^{176,202} no hallaron relación.

Comparación internacional

En los trabajos publicados hasta la fecha en la literatura internacional también existe controversia. Se encuentran trabajos que relacionaron la convivencia con menores con una sobrecarga para las mujeres²³⁴; otros observaron incluso una mejora en los problemas de salud^{230,235,236,237,238} y otros no encontraron ningún tipo de asociación^{218,239}.

e. Convivir con personas mayores de 65 años

La mayoría de los estudios de nuestra RS que analizan la relación de la convivencia con mayores observan que esta mejora la SA de las mujeres, especialmente entre las mujeres trabajadoras manuales.

Comparación nacional

En la literatura nacional, hemos encontrado disparidad respecto a si la convivencia con mayores de 65 años mejora o empeora la SA de las mujeres.

El aumento en el número de convivientes podría suponer una mayor carga del trabajo doméstico y, por ello, podría empeorar la salud autopercebida de las mujeres. Así, un trabajo realizado a nivel municipal²⁴⁰ concluía que la SA empeoraba con dicha convivencia, aunque no de una manera significativa. Otro estudio²⁴¹, que analizaba el deterioro de la salud en relación la atención de personas mayores con discapacidad, concluía que la gran mayoría de las cuidadoras son mujeres, y que es en ellas en quienes más empeora la salud por convivir con una persona mayor que precisa de cuidados.

Por el contrario, otros trabajos postulaban que la convivencia con mayores de 65 mejoraría la SA. Argumentaban que la presencia de los abuelos, especialmente de la abuela materna, es

uno de los principales apoyos con los que cuentan las trabajadoras españolas para el cuidado de los hijos, dado que esa presencia forma parte del llamado “apoyo informal”²⁴². Este hecho se ve potenciado por el aumento de la esperanza de vida y de la capacidad funcional de nuestros mayores²⁴³.

Así, Rohlf²⁴⁴ en 1997 encontraba una mejora de la SA en las mujeres que habitan hogares con presencia de mayores de 65 años, aunque no alcanzaba la significación estadística. Otro estudio²²⁴ observaba que en mujeres trabajadoras de bajo nivel educativo la SA mejoraba si vivían con mayores de 65 años.

Estudios de nuestra revisión que no encuentran relación entre la mala SA y la convivencia con mayores de 65 años

Solamente un único estudio relacionaba, basándose en datos de 2010, la convivencia con mayores con una mala SA, tanto en mujeres como en hombres²⁰⁹. La autora sugería que, debido al contexto de crisis económica, este hallazgo podría explicarse porque muchas familias han tenido que abandonar sus hogares y retornar al hogar de sus padres, empeorando sus condiciones de vida, lo cual se ve reflejado en la percepción de un peor estado de salud relacionado con la convivencia con mayores en el mismo domicilio.

No hemos encontrado ningún trabajo a nivel internacional que corrobore estos hallazgos.

2.1.2. SA y conciliación del trabajo doméstico y el trabajo productivo

En esta revisión se recogen las variables de la población trabajadora más frecuentemente analizadas en los estudios seleccionados, con el fin de poder hacer una aproximación a la distribución de tareas entre el trabajo doméstico y el trabajo productivo. Dichas variables son:

- a. La realización de un trabajo remunerado.
- b. La duración de la jornada laboral.
- c. La clase social.

a. La realización de un trabajo remunerado

Dos trabajos^{45,193} estudian la relación entre el hecho de no trabajar y la SA, concluyendo que las amas de casa y, en mayor medida, las desempleadas tienen peor SA que las asalariadas.

Comparación nacional

A nivel nacional un trabajo²²⁴ indicó que, en relación con la percepción del estado de salud, las mujeres empleadas muestran un estado de salud mejor que aquellas mujeres que se declaran no activas. No obstante, cabe destacar que la población no activa perteneciente a las clases acomodadas tiene buena percepción de salud en mayor proporción que las mujeres con trabajo remunerado de las clases menos favorecidas¹⁸³.

Comparación internacional

La literatura internacional recoge estudios que destacaron cómo las mujeres que realizan un trabajo remunerado tienen mejor SA que las mujeres que solo trabajan en el hogar^{237,245}, descartándose el “efecto de la empleada sana”²⁴⁶, que sugiere que las mujeres que se quedan en casa lo hacen porque sufren alguna patología que les impide trabajar.

En una publicación en 2014, Borrell²⁴⁷ observó, en una revisión de la literatura, que el trabajo remunerado mejora la salud de las mujeres. Además, Lahelma²³⁵, en 2002, afirmó que las amas de casa refieren peor SA que las asalariadas, sobre todo las de bajo nivel socioeconómico.

El ser asalariada proporciona a la mujer satisfacción personal, reconocimiento social y trabajo remunerado^{248,249}, asociándose la pérdida del empleo con un deterioro del estado de salud y de la salud mental⁹⁶.

b. Duración de la jornada laboral

En dos^{192,209} trabajos de nuestra revisión se observa que, el hecho de realizar largas jornadas laborales (mayores de 40 horas semanales) se relaciona con una peor SA, tanto en varones como en mujeres. Tres^{182,184,190} trabajos de nuestro estudio, sin embargo, no encuentran esta asociación en ninguno de los sexos y lo atribuyen a que la SA se asocia más a padecimiento físico, y trabajar muchas horas al psicológico.

Comparación nacional

En la literatura nacional, se observó que muchas mujeres realizan un trabajo remunerado fuera del hogar, aunque son los hombres los que más tiempo dedican al trabajo productivo y ellas escogen con más frecuencia una reducción en el horario laboral^{176,182,184,186,190,192}.

Para los varones, el hecho de emplear largas jornadas en el trabajo productivo empeoraría su SA en época de falta de trabajo, en la que los hombres, en su rol de “traer el pan a casa”, aceptarían peores condiciones laborales y trabajar más horas²⁵⁰.

Comparación internacional

Por otro lado, hay estudios a nivel internacional^{95,211} que demuestran que los hombres que trabajan en jornada reducida ven afectada su salud de forma negativa, mientras que esto no ocurre en las mujeres. Los autores especulan con que la razón de esta reducción de horas laborales puede ser que están enfermos o que no encuentran un trabajo de jornada completa.

Otro trabajo concluía que las largas jornadas de trabajo empeoran la salud de las mujeres²⁴⁵. Además, algunos estudios han relacionado la jornada reducida con una mejoría en el estado de salud entre las mujeres^{192,237,245} probablemente porque conlleva un alivio en la carga del trabajo remunerado, aunque no del doméstico.

c. La clase social

No todas las mujeres trabajadoras sufren por igual la carga de trabajo doméstico. La revisión realizada recogió varios trabajos que han medido cómo afecta la clase social en la SA en mujeres trabajadoras en cuanto a la carga de trabajo doméstico, observándose que donde más influye es en las clases menos favorecidas.

El disponer de menos recursos supone una dificultad para poder disponer de ayuda en el trabajo reproductivo, como llevar a los niños a escuelas infantiles o a las personas mayores a residencias, o contratar a otras personas para que ayuden en casa. Como se ha visto anteriormente, el no tener una persona contratada para ayudar en las tareas del hogar se relaciona con peor SA en las mujeres. Además, son las mujeres pertenecientes a clases sociales menos favorecidas las encargadas de los cuidados informales de sus familiares^{226,251}, lo que también influye en el estado de salud.

Hipótesis de rol: la hipótesis de “potenciación de rol” frente a la hipótesis de “sobrecarga o conflicto de rol”

Según lo visto hasta el momento, trabajar fuera de casa mejora el estado de salud de las mujeres. Sin embargo, el hecho de realizar un trabajo remunerado fuera del hogar no impide que las mujeres sigan soportando la mayor parte de la carga de trabajo doméstico, y que esto también cause un empeoramiento de su salud²²⁸. Tradicionalmente, en la literatura, se habla de la “hipótesis de potenciación de rol” cuando se destacan los beneficios de realizar un trabajo remunerado, y de la “hipótesis de sobrecarga o de conflicto de rol” cuando se asume que la combinación de un trabajo remunerado y del trabajo doméstico va a ser perjudicial para el estado de salud de las mujeres.

En nuestro país, un estudio²⁴⁴ municipal hallaba que en la ciudad de Barcelona las mujeres con trabajo remunerado tienen mejor SA, aunque en este estudio no se evaluaba la carga de trabajo doméstico de las mujeres.

Otro trabajo muy reciente²⁵² afirmaba que trabajar un número moderado de horas fuera del hogar se asocia a un peor estado de salud en mujeres en los países del sur europeo, debido a una combinación de vulnerabilidad económica, inestabilidad laboral y sobrecarga de horas de trabajo, suma del trabajo reproductivo y productivo que recae sobre las mujeres. Además, en una época de recesión como la actual, a las muchas horas de trabajo doméstico se suma el hecho de que muchas mujeres han tenido que buscar un empleo fuera del hogar para tratar de aportar ingresos a la unidad familiar, lo que ha perjudicado su salud²⁰⁹.

Según algunos autores, lo fundamental para poder predecir el impacto del trabajo remunerado en la salud de las mujeres estaría en conocer las condiciones en las que realizan dicho trabajo^{253,254} y la carga de trabajo en el hogar que lo acompaña²⁵⁵.

En la actualidad, el mercado laboral en España presenta una marcada división sexual del trabajo, ya que el trabajo productivo que realizan las mujeres se caracteriza por:

- La temporalidad^{94,96}.
- La baja remuneración, debida tanto a la *segregación horizontal* del mercado laboral (los empleos típicamente femeninos están centrados en sectores en los que las ganancias son menores) como a la *segregación vertical* (las mujeres se encuentran en las categorías inferiores de la jerarquía laboral, lo que supone sueldos más bajos)^{218,246}.
- Diferencias de género en los salarios en puestos de trabajo similares²⁴⁶.
- El trabajo parcial y la tendencia a la reducción de la jornada laboral¹⁶⁸.

Mientras tanto, el trabajo doméstico sigue siendo actualmente responsabilidad casi total de las mujeres.

Varios estudios a nivel internacional trataban de explicar estas discrepancias en el impacto del trabajo remunerado sobre la salud de la mujer. Así, se ha observado que el tener un empleo mejora la salud de:

- Las mujeres solteras, pero no la salud de las mujeres casadas con mayores cargas domésticas²⁵⁵.
- Las mujeres que son madres, pero solo si las madres trabajan a tiempo parcial^{230,237,246}.
- Las mujeres pertenecientes a las clases sociales altas, que en general suelen tener más ayuda en el hogar^{168,256}.

En una encuesta realizada en Suecia a mujeres trabajadoras de entre 40 y 50 años, se observó que la “doble exposición” a trabajo remunerado y a trabajo doméstico supone un gran impacto en el empeoramiento de la salud de las mujeres²⁵⁷.

El hecho de combinar largas jornadas laborales con la dedicación a la familia también genera conflictos en los varones, aunque de manera menos patente²⁵⁸.

Por lo tanto, parece demostrado que un aumento neto de la carga laboral, tanto fuera como dentro de casa, empeora la salud de las mujeres trabajadoras.

2.2. DIFERENCIAS DE LA SALUD AUTOPERCIBIDA SEGÚN LA POSICIÓN SOCIECONÓMICA

2.2.1 Relación entre la SA y la Clase social medida por ocupación y/o el Nivel educativo

Los resultados de la revisión indican que las mujeres tienen peor SA cuando disminuye su clase social por ocupación y/o disminuye su nivel educativo.

Comparación nacional

En España, el informe publicado en 1996 por la Comisión para el Estudio de las Desigualdades Sociales en Salud³, y el informe “Avanzando hacia la equidad”³⁷, publicado en

2008 por la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, presentaban los datos de la desigualdad en la SA de los españoles, tanto mujeres como varones, según la clase social.

Otras investigaciones realizadas a nivel nacional han constatado, pese a que, en general, la SA de las mujeres es peor que la de los hombres, que la salud percibida de una mujer de clase alta es mejor que la de un hombre trabajador manual^{19,47}, aunque no todos los investigadores coinciden en este punto. En efecto, uno de los trabajos de nuestra revisión¹⁹³, si bien realizado a nivel regional, concluía que, aunque las personas de clases sociales menos acomodadas declaraban los peores niveles de SA, incluso las mujeres de clases altas tendrían peor salud que los hombres de clases bajas.

Comparación internacional

A nivel internacional, estudios publicados principalmente en la década de los 90 relacionaban las desigualdades en salud con la situación socioeconómica de las personas^{231,259}.

Más recientemente, un trabajo²¹³ publicado en 2004, basándose en la Encuesta de Nacional de Salud de Canadá de 1994-1995, encontraba que la salud de hombres y mujeres se veía más influenciada por el nivel socioeconómico (que incluía tanto la clase social por ocupación como el nivel educativo) que por los factores relacionados con el estrés psicológico.

En otro estudio, en los 17 países europeos analizados se observó que la prevalencia de mala SA es más alta en los grupos de bajo nivel educativo y baja clase social²⁶⁰.

Estudios de nuestra revisión que no encuentran relación entre la mala salud autopercebida de las mujeres y su clase social.

Hay solo un trabajo¹⁹² de los seleccionados en nuestra RS, con datos de la región de Navarra, que no encontró esta asociación. Aunque no halló relación entre la clase social y la SA entre las mujeres, sí la observó entre los hombres de distinta clase social.

Es posible que este estudio, que solo incluía mujeres asalariadas y excluía a aquellas que trabajaban sin contrato o de forma temporal, no refleje de forma fiel el espectro de condiciones laborales de las mujeres trabajadoras.

No hemos encontrado ningún trabajo a nivel internacional que corrobore estos hallazgos.

Tendencia temporal de la desigualdad de género de la SA en relación con la evolución de diferentes variables socioeconómicas.

a. SA y clase social

A nivel nacional, cuatro de los documentos incluidos han estudiado desigualdad de género de la SA a lo largo del periodo entre 1993 y 2003.

Por un lado, tres estudios^{3,30,204} encontraron que la desigualdad de género de la SA por clase social había empeorado con el paso de los años de manera significativa.

Mientras que un único trabajo⁴⁷ concluía que la desigualdad se mantuvo estable durante el periodo de análisis.

Teniendo en cuenta el nivel socioeconómico de las mujeres, se concluye¹⁸⁹ que la desigualdad en su SA se mantiene por clase social en Cataluña entre los años 1994 y 2006.

b. SA y nivel educativo

A nivel nacional, uno de los artículos³⁰ encuentra que la desigualdad de género en la SA según el nivel educativo empeora entre 1987 y 1995/97, y otro del mismo autor²⁰³, que entre 1987 y 2001 se repite el resultado de manera significativa para hombres y mujeres.

Otro trabajo¹⁹⁴ de nuestra revisión observa que la relación entre la peor SA y el bajo nivel educativo se mantiene en la última ENSE en 2011/12, e incluso empeora con respecto a 2001 en el grupo de mujeres con nivel educativo bajo/medio, mejorando la SA en las mujeres con estudios superiores.

En la literatura se encuentra un cuarto documento²¹⁵ que observa que la SA mejora en 2011/12 en ambos sexos respecto a 2001, 2003/04, 2006/07, lo que es significativo en todos los niveles de educación excepto en el más bajo.

Además, diversos trabajos que concluyen que, pese a que la SA tiende a mejorar en conjunto, los datos disponibles sobre tendencias temporales muestran en general un aumento de las desigualdades en salud entre los españoles, en cuanto a la clase social y al nivel educativo²⁶⁰⁻²⁶².

3. LA DESIGUALDAD DE GÉNERO DE LA SA Y LAS “POLITICAS FAMILIARES” NACIONALES

Se ha propuesto²⁶³ clasificar a los diferentes países occidentales según lo que llamaremos sus “políticas familiares”, es decir, según el grado de apoyo legislativo y de servicios que reciben las familias en las que los dos componentes de la pareja trabajan fuera de casa (modelo de doble ingreso), frente a las familias en las que la mujer se ocupa del trabajo doméstico (modelo tradicional).

Estas “políticas familiares” de los diferentes países mostrarían el grado de consenso y de apoyo social real para que las mujeres realicen un trabajo productivo y para que, al mismo tiempo, ambos sexos puedan conciliar la vida familiar y laboral.

Según este criterio de “políticas familiares” podemos clasificar a los países en tres categorías, al menos:

- 1) *Sociedades que apuestan por un modelo de familias de doble cuidador/a y doble ingreso (países nórdicos)*

Se caracterizan por un alto nivel de apoyo a las familias, en las que ambos miembros de la pareja son responsables tanto del trabajo productivo como del reproductivo. Parte del cuidado de los menores se transfiere al sector público, y se promueve que el padre tome mayor responsabilidad en el cuidado de los hijos.

- 2) *Sociedades con un modelo de política familiar tradicional (como los países europeos continentales y del sur de Europa, como España).*

Se caracterizan por un alto nivel de apoyo a la familia tradicional y bajos niveles de apoyo a la participación de las mujeres en el mercado de trabajo.

- 3) *Sociedades con un modelo político familiar orientado al mercado (como los países anglosajones).*

Presentan bajos niveles de apoyo a ambos tipos de familia, dejando que ellas mismas busquen soluciones privadas a la hora de poder conciliar.

Algunos autores añaden un *cuarto modelo*, constituido por los países post-comunistas. Se caracterizarían por un alto apoyo de las políticas a la familia tradicional, pero con una alta participación femenina en el trabajo remunerado²⁶⁴.

La tasa de mujeres con estudios universitarios que trabajan fuera del hogar apenas varía entre los distintos países, cualesquiera que sean sus “políticas familiares”. Sin embargo, en los países con políticas tradicionales, entre las mujeres con menor nivel de estudios, las tasas de empleadas son menores, y el apoyo para que realicen un trabajo remunerado es muy bajo²⁶³.

En estos países, además, los estados proporcionan pocos servicios para la atención de menores, por lo que las mujeres que logran entrar en el mercado laboral precisan de la solidaridad de otros familiares para poder realizar el trabajo fuera del hogar sin desatender las tareas domésticas⁹⁷.

Cinco de los cuarenta y siete estudios incluidos en nuestra revisión presentan datos comparativos de la SA en España y la de otros países europeos.

El primero²⁰⁸ encuentra que la SA de las mujeres es peor en once de los trece países analizados entre 1994 y 2004, menos Finlandia e Inglaterra.

El segundo trabajo²⁰⁹ estudiaba veintisiete países en 2010. En los países del Sur de Europa y continentales, el empleo y las demandas familiares se asociaban a una mala SA, especialmente en las mujeres. En los países anglosajones, el empleo y la mala SA solo se asociaba en los varones. En los países nórdicos y del Este de Europa, no se encontraba asociación con la SA en ningún sexo.

Un tercero²¹⁰ analizaba trece países europeos entre 1998 y 2004, encontrando en todos ellos, menos en Irlanda, una relación significativa entre SA y género. Inglaterra y Finlandia eran los únicos que registraban peor SA en los hombres, mientras que en el resto de los países la encontraban en las mujeres.

Sin embargo, en la cuarta investigación²¹¹, realizada en veintiún países en 2003, se observaba que en todos los países la SA era significativamente peor en las mujeres, sobre todo en aquellas con bajos niveles educativos.

El último trabajo²¹², que estudiaba veintiséis países en 2010, encontró que, comparando los países con modelos de doble ingreso, en los países tradicionales la diferencia de SA en las mujeres era más marcada cuanto menor era su nivel educativo y la clase social a la que pertenecían.

Podemos concluir que en todos los países, y cualesquiera que sean las “políticas familiares” orientadas a la conciliación, existen desigualdades de género, especialmente en los países tradicionales, atenuándose esta diferencia en los países pertenecientes al modelo de doble ingreso.

Comparación de nuestros datos con los de otros trabajos de la literatura

En consonancia con lo observado en nuestro trabajo, en estudios realizados en otros países también se han comunicado conclusiones similares a las nuestras.

Por ejemplo, en una revisión llevada a cabo en 2012 se concluía que, pese a que la desigualdad de género en la SA sea patente en los países nórdicos, sus “políticas familiares” promueven la mejora en la salud de las mujeres²⁴⁷.

Puede comprobarse que la SA de la población femenina de países nórdicos y anglosajones se vería menos afectada por su posición socioeconómica que en los países del sur y este de Europa²⁶⁵. En los países nórdicos, las mujeres de bajo nivel educativo encuentran menos obstáculos a la hora de incorporarse al mercado laboral que las mujeres de países del sur²⁶³, y a las mujeres que son madres las protege el estado para que su nivel económico no descienda durante la maternidad²⁶⁶.

Un estudio²⁶⁴ observó que, en los países con el modelo del doble cuidador, el estado de salud de mujeres y de hombres no se ve afectado por el número de horas dedicadas al trabajo doméstico o productivo. En los países nórdicos, el padre toma responsabilidades en el cuidado de los hijos, por lo que las mujeres se ven más descargadas de las tareas domésticas y pueden dedicar más tiempo al trabajo productivo²⁶³.

En los países del sur de Europa, la seguridad financiera y el estado laboral juegan un papel muy importante a la hora de explicar las desigualdades por clase social.

Por lo tanto, podemos afirmar razonablemente que la puesta en marcha de políticas públicas que permitan a las mujeres pasar de cuidar el hogar a incorporarse al mercado laboral ayudará a la mejoría de su estado de salud^{214,267,268}.

4. UNA PROPUESTA DE ENFOQUE INTEGRAL PARA ABORDAR LA DESIGUALDAD DE GÉNERO DE LA SALUD AUTOPERCIBIDA

Los resultados de esta revisión indican que, a nivel individual, el nivel socioeconómico, el trabajo doméstico y el trabajo productivo, junto con las “políticas familiares” que lleva a cabo cada país, influyen en cómo perciben las mujeres su estado de salud.

Sin embargo, también se ha comentado que la SA de los varones empeora en relación a algunos aspectos del trabajo doméstico y la baja posición socioeconómica (los hombres de clase social baja tienen peor SA que las mujeres de clase social alta en casi todos los estudios).

Cabría entonces preguntarse sobre cómo afectan estos factores en uno u otro sexo para poder conocer el mecanismo por el que se producen las DSS en el género femenino^{98,256}.

Un artículo publicado en 2002²⁵⁶ propone un marco teórico para estudiar los factores que producen las DSS que afectan a las mujeres. Explica que se debería valorar la influencia a nivel de país y a nivel de hogar. Es preciso, por tanto, abordar de forma integrada las políticas sociales y sanitarias que el país adopta, así como la distribución del trabajo entre los miembros del hogar y el soporte social que tienen las mujeres en la comunidad.

Es difícil llevar a la práctica este marco conceptual, ya que las encuestas de salud no aportan suficientes datos para conseguir conocer todo el universo que rodea a las diferencias por género²⁶⁹.

Por ejemplo, dan escasa información acerca de la distribución de las tareas del hogar, y no incluyen temas tan importantes para el bienestar en el trabajo como el acoso que sufren en él algunas mujeres.

Se han propuesto estudios cualitativos, con entrevistas en profundidad, para poder captar las diferencias de género que no se recogen en los cuestionarios de las Encuestas de Salud²⁵⁶.

Podría plantearse que, en el caso de los hombres, el indicador de “clase social por ocupación” puede relacionarse bien con el estado de salud que presentan, ya que su situación laboral determina su rol principal dentro de la pareja.

Sin embargo, en el caso de las mujeres, dado que los roles familiares influyen más en sus trayectorias vitales y que su situación laboral continúa siendo muy heterogénea, para estudiar la relación entre su salud y los factores socioeconómicos no bastaría solo con conocer su nivel educativo, sino que sería preciso conocer detalles de su trabajo doméstico para poder analizar las desigualdades de género en materia de salud en España¹⁶.

Quizá en este momento, en que el porcentaje de mujeres trabajadoras es mayor que nunca, debiéramos darle más importancia a la carga de trabajo doméstico, partiendo de la base de que ya sufren los efectos del trabajo productivo²²⁴.

CAPÍTULO 6

LIMITACIONES DE LA METODOLOGÍA EMPLEADA

6. LIMITACIONES DE LA METODOLOGÍA EMPLEADA

6.1. LIMITACIONES GENERALES DERIVADAS DE LA METODOLOGÍA

1. Limitaciones de las Revisiones Sistemáticas

Existen muchas razones para plantearse una RS, siendo la más frecuente querer sintetizar la evidencia disponible acerca de un tema determinado.

En la elaboración de esta tesis doctoral, decidimos realizar una RS atendiendo a la opinión de algunos autores que habían señalado la existencia de ciertas lagunas de conocimiento para comprender las Desigualdades en Salud (DS) en los grupos de mayor edad de la población española y entre las mujeres, a pesar de que en las últimas décadas se haya producido un significativo incremento del número de investigaciones que abordan este fenómeno, tanto a nivel nacional como internacional^{181,246,270,271}.

Comentamos a continuación las principales limitaciones que encontramos en el hecho de realizar una revisión sistemática de la literatura.

1.1. El sesgo de selección en las RS: estrategias para minimizarlo

La mayoría de los trabajos seleccionados Como ya se ha comentado en el apartado de metodología, han participado dos evaluadores independientes, tanto en el proceso de selección de estudios como en el de extracción de datos y en el de evaluación de la calidad de cada uno de los trabajos seleccionados.

En cuanto al proceso de selección de estudios, se trazó una estrategia de búsqueda -previa a la revisión- que definía la pregunta de investigación, la población y los indicadores que se iban a medir. También se estableció una metodología de revisión común, siguiendo la estrategia PRISMA (PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*))¹²⁵. El único punto recomendado por la estrategia PRISMA que no se cumplió fue el de registrar el protocolo en una página web con anterioridad a la realización de la RS. No hubo discrepancias entre los revisores, dado que los criterios de elegibilidad eran claros y que habían sido pactados con anterioridad.

Para tratar de evitar el sesgo de selección, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura, especialmente en lo relativo a las distintas bases electrónicas. Para ello se utilizaron más de tres bases, tal y como sugiere la declaración PRISMA. También se revisó la bibliografía de los artículos primarios.

La mayoría de los trabajos seleccionados en nuestra revisión fueron publicados a partir del año 2000. Las bases bibliográficas en las que se realizaron las búsquedas contenían los índices completos de las tres revistas que con más frecuencia han aportado documentos: *Gaceta Sanitaria* desde 1987, *Social Science and Medicine* desde 1999 y *European Journal of Public Health* desde 1997. Parece poco probable que nuestra revisión no haya detectado documentos que, cumpliendo los criterios de inclusión, fueran publicados con anterioridad a esas fechas en dichas revistas. En algunas RS se solicita la opinión de expertos acerca de los artículos seleccionados, lo que permite recuperar, gracias a las recomendaciones de estos, algunos

estudios que no habían sido localizados por alguno de los medios antes señalados. Esto no ha sido posible en nuestra RS.

Se descartaron los estudios duplicados. Entre ellos, se han eliminado estudios casi idénticos que presentan los mismos resultados en diferentes idiomas o en distinto formato (originales, informes). Sí se han incluido estudios que, aunque partían de los mismos datos originales, presentaban resultados diferentes sobre aspectos distintos. Así, algunos trabajos seleccionados que partían de las mismas Encuestas de Salud aportaban resultados complementarios en diferentes publicaciones.

1.2. El sesgo de publicación en las RS: estrategias para minimizarlo

Se han seguido las guías^{122,125} que dan pautas para la realización de una RS, para así evitar la no inclusión de estudios con resultados negativos. Este tipo de estudios tiene ya de por sí un sesgo llamado “de publicación”, pues su publicación es menos probable, bien sea por decisión de los propios autores o de los revisores de las revistas.

1.3. Diversidad de las fuentes primarias en las RS

El Manual del revisor de RS de la colaboración Cochrane¹²² incide en que una RS basada en ensayos clínicos aleatorizados es la que presenta menos riesgo de sesgos. A su vez, dada la necesidad de estudios relacionados con la salud pública, considera aceptable la inclusión de otro tipo de estudios, aunque alerta de que deben valorarse con más cuidado. Otro autor³⁵ recomienda que para realizar una RS se debe escoger el tipo de estudio que mejor responda a la pregunta de investigación.

Los trabajos recogidos en esta RS son todos de tipo transversal, basados en encuestas de salud, dado que el indicador elegido, la SA, se recoge sistemáticamente en tales encuestas. La principal limitación de esta metodología es que no permite establecer una secuencia causal, aunque no impide que se intenten plantear las asociaciones causales que, según un razonamiento lógico, sean más probables.

Por ejemplo, en nuestra RS señalamos que la sobrecarga de trabajo doméstico de las mujeres es un factor que determina su peor SA. Esta conclusión es más plausible que afirmar que es el mal estado de salud de las mujeres lo que las llevaría a vivir en hogares con más de 4 miembros¹⁸⁶. De igual modo, plantear que trabajar más de 40 horas empeora la SA de la mujer es más lógico que argumentar que el hecho de que una mujer tenga peor estado de salud la lleva a trabajar largas jornadas¹⁹⁰.

Hemos utilizado la síntesis narrativa para agrupar los resultados y las tendencias en las conclusiones de los diferentes estudios. No era posible utilizar un metaanálisis debido a la diversidad de las poblaciones estudiadas, de los distintos ámbitos geográficos analizados y de las diferentes medidas de resultado proporcionadas.

Con el fin de homogeneizar los resultados, se han clasificado los estudios según su ámbito geográfico, y se presentan datos desagregados de la SA para ambos sexos y para diferentes grupos de edad, incluyendo un grupo de mayores de 65 años.

Para tratar de facilitar el trabajo de revisión de nuestras conclusiones y de síntesis de resultados a otros investigadores, hemos incluido en nuestro trabajo unas tablas sencillas en

las que se resumen los datos más importantes de cada documento, tanto los metodológicos como los de sus resultados principales.

1.4. El problema de la evaluación de la calidad en las RS

Para elaborar nuestra RS, este trabajo ha utilizado la estrategia PRISMA¹²⁵ y el Manual del Revisor de RS de la Colaboración Cochrane¹²², que ofrecen pautas para realizar RS de calidad. Según los autores que las han desarrollado, aunque las RS se utilizaron inicialmente para sintetizar hallazgos de diferentes ensayos clínicos sobre un mismo tema, también pueden ser utilizadas con otro tipo de estudios¹²¹.

La calidad de las RS existentes en la literatura es muy variable. Un trabajo publicado en 2014, que realizó una búsqueda en Pubmed de RS publicadas en las principales revistas clínicas durante un semestre de 2012, y que evaluaba su calidad con la herramienta AMSTAR (*Assessment of Multiple Systematic Reviews*), concluía afirmando que muchas de esas RS no utilizaban protocolos de evaluación de la calidad, no evaluaban los sesgos de publicación, no aclaraban los conflictos de interés y no especificaban las razones por las que quedaban excluidos algunos artículos. Observaba, además, que las RS publicadas en revistas de mayor factor de impacto eran de mayor calidad, y la evaluaban, en su mayoría, mediante la estrategia PRISMA.

En 2016 se publicó un trabajo parecido que valoraba la calidad de los resúmenes de RS publicados en 2013 a partir de la estrategia ampliada de PRISMA. Se observó una mejora en los apartados: “descripción del efecto”, “síntesis de los resultados” e “interpretación y registro del protocolo”, aunque empeoró el de “fortalezas y limitaciones”, concluyendo que era necesario un aumento general de la calidad de las RS²⁷².

Según se comentó en el apartado de metodología, en 2015 se publicó otra revisión¹³² que elaboró un listado de las herramientas recomendadas para evaluar la calidad de los distintos tipos de estudio. Concluía afirmando que no existía ninguna herramienta validada para los estudios transversales.

Por este motivo, se decidió utilizar la herramienta desarrollada por Berra¹³⁴, dada su sencillez y su utilización en otros trabajos¹³⁵⁻¹³⁷.

La valoración de la calidad de cada estudio planteó algunas dificultades, pues hubo discrepancias iniciales entre los dos revisores en 21 de los 47 trabajos. Se logró alcanzar un consenso sobre la calidad de 17 de esos 21 estudios. En los otros 4 fue necesario asignar a algunos apartados la puntuación de calidad más baja, dado que los revisores no lograron alcanzar un acuerdo.

Ninguno de los estudios incluidos en la RS fue evaluado, globalmente, como de baja calidad, siendo mayoritarios los de alta calidad, lo que da mayor validez a nuestra RS.

2. Limitaciones de la búsqueda bibliográfica realizada en 2 tiempos

Dado que el periodo de tiempo que transcurrió entre la elaboración del capítulo 4 y el capítulo 5 fue mayor de seis meses, se repitió la búsqueda completa hasta el momento de iniciar la RS del capítulo 5, con el objetivo de no perder estudios que hubiesen sido publicados

con posterioridad a la primera búsqueda realizada para el capítulo 4 como se recomienda en la guía de cómo elaborar RS de la Universidad de York¹³⁰.

3. Limitaciones de la Salud Autopercibida como indicador de salud

En España disponemos de datos sobre la SA poblacional desde 1985, al ser esta una de las preguntas sobre la percepción global del estado de salud que se han incluido de manera sistemática en las sucesivas Encuestas de Salud realizadas a partir de esa fecha, tanto a nivel nacional como autonómico o local.

Como se ha explicado en el apartado de metodología, la SA es un indicador sencillo de obtener, aunque puede plantear problemas de fiabilidad en su interpretación. A la hora de comparar estudios, cabe argumentar que pueden existir diferencias en el modo como perciben y valoran las personas su propia salud, sobre todo si pertenecen a distintas culturas. A pesar de esta limitación, una vez comparados los datos de España con los obtenidos en otros países europeos²¹², no se espera que la diferencia tenga un gran efecto en las desigualdades de género, sobre todo en nuestro estudio.

Se podría argumentar que el tomar únicamente la SA como medida de salud es una opción reduccionista, puesto que se podrían utilizar conjuntamente otros indicadores, como los trastornos crónicos declarados, los síntomas o molestias, la restricción de la actividad, el bienestar psicológico, la satisfacción con la salud, etc. para tratar de aproximarse al estado de salud del individuo de forma más realista⁸⁴.

4. Ventajas y limitaciones de las encuestas de salud como fuente de datos

Las ES son un método de estudio de fácil realización y que permite una recogida masiva de datos de forma estandarizada, ya que se basan en un formulario con las mismas preguntas para todos los individuos²⁷³.

Una de las principales ventajas de las Encuestas de Salud (ES) es la de realizarse periódicamente a lo largo de los años, así como en diversos ámbitos geográficos, tanto a nivel municipal como autonómico, nacional y europeo, lo que permite establecer tendencias temporales y también comparaciones.

Otra ventaja añadida es la de poder recoger información que no se encuentra disponible en otro tipo de registros estadísticos²⁷⁴. Las Encuestas de Salud permiten establecer asociaciones entre la SA y una serie de variables sociodemográficas, como el género, el nivel educativo o la clase social, el país de origen o la situación laboral, entre otras, identificando así grupos con alto riesgo de presentar “mala SA”^{53,274}.

Las Encuestas de Salud son metodológicamente complejas, por lo que pueden existir diferencias entre unas y otras, desde la fase de muestreo hasta en cómo están redactadas las preguntas que contienen, lo cual puede ser una fuente de error a la hora de analizar y comparar sus resultados. Además, a pesar del entrenamiento al que son sometidos, los diferentes entrevistadores pueden cometer errores o registrar de un modo diferente^{84,275}.

La principal dificultad a la que se enfrentan las ES en su desarrollo es la falta de respuesta o ausencia de los individuos previamente seleccionados como muestra, lo que podría propiciar que la población más enferma, y que permanece en casa, esté sobrerrepresentada en la muestra²⁷⁶. Por otra parte, las ES se basan en las opiniones y declaraciones de los entrevistados, lo que podría afectar a la validez por la posible existencia de un sesgo de memoria, ya que los pacientes pueden no recordar algunas patologías o circunstancias por las que se les pregunta.

El Informe de la Comisión Científica de estudio de las Desigualdades en Salud en España³, publicado en 1996, enumera algunas dificultades encontradas a la hora de utilizar las diferentes oleadas de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) en el estudio de DSS. Por ejemplo, en 1987 el indicador “ingresos” (el salario de la familia y del encuestado) no tuvo respuesta en un 40% de los casos, por lo que no se incluyó en encuestas posteriores. La clasificación de “clase social” utilizada en la ENSE de 1987 no concuerda con ninguna otra clasificación empleada en investigación, por lo que resulta difícil comparar sus datos con encuestas posteriores. En la ENSE de 1993 se utilizó una clasificación de “status social” que no ha sido validada para DSS.

La dificultad para comparar diferentes Encuestas de Salud no solo radica en las comparaciones realizadas a nivel temporal, como las que acabamos de describir. El trabajo de Aromaa²⁷⁶ en 2003 destaca las diferencias encontradas en la recogida de información.

Para tratar de dar solución a los problemas de comparación entre Encuestas de Salud, la Oficina Regional para Europa, en colaboración con la Comisión Europea, puso en marcha el proyecto EUROHIS, cuyo objetivo era conseguir la unificación en los objetivos y la metodología de las distintas encuestas de salud, lo que se plasmó en un cuestionario común europeo consensuado. Entre 2007 y 2009 se realizó en 19 países la primera Encuesta de Salud Europea²⁷⁷.

En la revisión de Requena⁸³ en 2013, ya mencionada anteriormente, se detectaron también algunas discrepancias entre las diferentes ES analizadas, lo que dificultaría las comparaciones:

- No se podía obtener una información metodológica completa. Por ello, los autores de la revisión precisaron que debe ser de fácil consulta, además de los resultados, el procedimiento de análisis completo.
- Faltaba información sobre colectivos marginales, como inmigrantes, enfermos de salud mental o personas institucionalizadas.

A pesar de estas limitaciones, las ES son un instrumento potente, rápido y validado, recomendado como necesario para contribuir al conocimiento sobre el estado de salud de la población, y asimismo para el diseño, la puesta en marcha y la evaluación de políticas sanitarias específicas para los problemas identificados.

5. Limitaciones derivadas de los criterios de inclusión empleados en esta RS

La población de nuestro estudio se circunscribió a los mayores de 15 años y a la población española no institucionalizada. Por lo tanto, no se ha analizado la SA en la población infantil ni en la adolescencia temprana, etapas que son cruciales para el desarrollo de la salud de una persona.

Tampoco hemos analizado la SA en personas que se encuentran institucionalizadas, ingresadas en hospitales generales o psiquiátricos, en instituciones para deficientes mentales o en residencias geriátricas, seguramente bastante más enfermas que la población general. Este es el motivo de que nuestro estudio de las DSS en España no incluya a esta población, lo que nos obliga a interpretar nuestras conclusiones para la SA de los mayores con ciertas precauciones derivadas de esta premisa.

6.2. LIMITACIONES DEL CAPÍTULO 4

1. Población no institucionalizada

Dado que los estudios de esta RS se realizaron en población no institucionalizada, se corre el riesgo de que sus resultados sobreestimen la buena SA de la población mayor. Pese a que España tiene uno de los más bajos índices de institucionalización de Europa¹⁵⁹, es muy probable que sean más altas¹⁰⁹ las prevalencias reales de mala SA entre todas las personas mayores, sobre todo las de las mujeres mayores (que normalmente son las cuidadoras pero que no suelen ser cuidadas en el hogar)⁵⁴.

Como ya comentamos anteriormente, dado que los datos procedentes de los documentos utilizados en esta revisión se obtuvieron en Encuestas de Salud mediante entrevistas personales, podría estar presente el sesgo de memoria. Dicho sesgo es, lógicamente, más probable en la población de mayor edad, debido a la probabilidad de deterioro cognitivo inherente a la edad. Sin embargo, al haberse realizado los estudios solo en población mayor no institucionalizada, se asume que el deterioro cognitivo no debería ser tan importante¹⁰⁵.

2. Posición socioeconómica

La utilización de la clase social por ocupación para relacionar la posición socioeconómica con la salud en los mayores no está exenta de problemas. Las mujeres que nunca han trabajado son clasificadas según la clase social de su marido. Sin embargo, en nuestro trabajo sobre población mayor de 65 años, los estudios se realizaron sobre una generación de mujeres que, en su momento, apenas accedió al mercado laboral, por lo que la clase social por ocupación del marido no sería un mal indicador para conocer su posición socioeconómica e, incluso, se ha sugerido que podría ser más adecuada que la propia ocupación de las mujeres casadas²³¹.

Utilizar el nivel educativo en mujeres mayores, al igual que en las mujeres más jóvenes, tiene la ventaja de que habla de su propia situación, no de la de su marido, y además es un indicador constante a lo largo de la vida^{98,278}. Sin embargo, las mujeres pertenecientes a esas

generaciones tuvieron, en general, escasas oportunidades de acceder al sistema educativo, por lo que quizá la información proporcionada por este indicador sea limitada¹¹³.

Arber y Grin²⁷⁹ defienden que la última ocupación, aunque sea la correspondiente al esposo, sería la ocupación más relacionada con los recursos de los que van a disponer los mayores durante su jubilación.

6.3. LIMITACIONES DEL CAPÍTULO 5

1 Limitaciones de los diferentes factores socioeconómicos para valorar la desigualdad en la SA de las mujeres

1.1. La clase social basada en la ocupación

Este es el indicador de nivel socioeconómico más utilizado en estudios sociológicos. Suele ser fácil de recoger, ya que las fuentes disponen de los datos necesarios²⁸⁰. Además, nos proporciona información indirecta sobre los ingresos económicos de las personas y sobre su acceso a recursos materiales, sanitarios y educativos. Sin embargo, no incluye a las personas jubiladas, a las que trabajan en casa –principalmente mujeres–, y tampoco a los desempleados, estudiantes y trabajadores no legales¹¹⁴.

Clásicamente, asigna a las mujeres que no trabajan la clase social de sus parejas o, en el caso de que trabajen ambos, asigna la clase social a la del miembro de la pareja que mayor estatus ocupacional tenga, que suele ser el hombre. En efecto, la distribución de la clase social por ocupación no es la misma en hombres y en mujeres. Así, con la clasificación utilizada por el Censo británico, los hombres españoles están mayoritariamente en las clases I, II y IV, mientras que las mujeres españolas están en las clases III y V^{19,280}.

Borrell²⁸⁰ revisó en 2004 la literatura publicada sobre el tema. Concluía que no existían grandes diferencias en los resultados del estudio de las DS por género si se asignaba a las mujeres no trabajadoras la clase social según la ocupación del cabeza de familia (*clase social convencional*) o si se asignaba a los entrevistados la clase social según la ocupación del miembro más privilegiado de la familia, hombre o mujer (*clase dominante o neutra al género*). Aun así, recomendaba utilizar la segunda opción, aun sabiendo que en la mayoría de los hogares es el varón quien tiene la ocupación más alta.

En nuestra revisión, la mayoría de los documentos que analizaban la clase social utilizaban la clasificación según la ocupación del entrevistado (10/26) o la del cabeza de familia, en caso de que el entrevistado nunca hubiese trabajado (10/26). Fueron una minoría los que recogían la ocupación directamente del cabeza de familia (2/26).

Por todo lo expuesto, y dado el aumento en la incorporación de la mujer al trabajo productivo, el utilizar la clase social por ocupación puede plantear algunas limitaciones a la hora de medir desigualdad por género.

1.2. La clase social basada en el nivel educativo

El nivel educativo se relaciona con la probabilidad de empleo y con el volumen de ingresos económicos. Las personas formadas son más receptivas a los mensajes sanitarios y acceden de forma más adecuada a los servicios de salud desde edades tempranas de la vida.

Es sencillo medir el Nivel Educativo mediante cuestionarios.

Arber¹⁶⁸ opina que el nivel educativo es un indicador más adecuado que la ocupación para estimar la clase social y estudiar las DS por género. La vida laboral de las mujeres se ve frecuentemente interrumpida o fragmentada, sobre todo mientras los hijos no superen la edad escolar, ya que las mujeres suelen necesitar en esas etapas pasar periodos sin trabajar fuera de casa o reducir el número de horas de su jornada laboral. El nivel de estudios, por el contrario, es constante a lo largo de toda la vida adulta de las mujeres.

Otros autores^{105,265,281} están de acuerdo en que el impacto de la educación en las desigualdades en SA en la población es mayor que el de los ingresos o la clase social.

1.3. La clase social basada en el nivel de ingresos

Ocupación, educación y salario son las variables más utilizadas para medir el nivel socioeconómico de los individuos al estudiar las desigualdades en salud¹¹⁴.

Otros autores hablan de tener en cuenta, además, la privación material y las características etnográficas de las mujeres^{19,168,256}. En nuestro trabajo, hemos analizado solo la clase social por ocupación y el nivel educativo, por ser estas las variables más estudiadas en los trabajos seleccionados para la revisión.

En nuestro país, el nivel de ingresos puede ser menos determinante que en otros países a la hora de estudiar el estado de salud, dado que España dispone de un Servicio Nacional de Salud público de acceso casi universal²⁶⁵. Sin embargo, en un estudio realizado a nivel europeo²⁸², se concluye que el mayor predictor de buena SA en ambos sexos es estar satisfecho de la situación económica de la unidad familiar.

2 Limitaciones del estudio de la relación del trabajo doméstico y productivo solo en mujeres trabajadoras

La razón por la que los diferentes estudios incluidos en esta RS quisieron conocer la relación existente entre la carga total de trabajo y la SA en mujeres trabajadoras, fue para poder medir también la influencia del trabajo productivo en el estado de salud.

Sin embargo, conocemos peor cuál es la relación del trabajo doméstico y la SA en mujeres con otro tipo de situación de empleo, como son las desempleadas o las trabajadoras fuera del hogar sin contrato, que podemos considerar, a priori, como más desafortunadas socioeconómicamente¹⁷⁶.

En estudios realizados en asalariadas no se puede descartar el sesgo del trabajador sano, ya que mantener un trabajo remunerado es más difícil para una persona enferma. Además, a la hora de relacionar las tareas del hogar con la salud no se puede olvidar que existen aspectos sociales y económicos que difieren entre hogares en los que trabajan ambos miembros de la pareja, con respecto a aquellos en los que solo uno o ninguno realizan un trabajo remunerado²⁰².

Como se ha comentado previamente, al ser estudios de tipo transversal, no se puede determinar la dirección de la causalidad. Es más, debe tratarse de evitar la causalidad inversa. Al tratar de relacionar el número de horas que se dedican al trabajo doméstico con la SA, Malmusi¹⁸¹ excluyó a los individuos que no podían trabajar por padecer alguna enfermedad, para tratar de controlar la asociación de que los hombres que no contribuyen a las labores del hogar lo hacen por presentar problemas de salud. El resto de los estudios^{45,176,193,202} solo analizaron datos de personas que estuvieran trabajando en el momento de la encuesta.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES

7.CONCLUSIONES

7.1. CONCLUSIONES CAPÍTULO 4

A partir de la elaboración de esta memoria de investigación y ordenadas según los objetivos específicos de la misma, se obtienen las siguientes conclusiones:

CONCLUSIONES DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 1

Determinar el nivel de salud autopercebida en la población general española mayor de 65 años.

1. Los resultados de la mayoría de los documentos incluidos en esta revisión indican que la salud autopercebida empeora a partir de los 65 años en la población general española.
2. Esta tendencia se invierte en las edades extremas, con una mejor salud autopercebida en la octava y en la novena décadas de la vida.

CONCLUSIONES DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 2

Identificar los factores que explican las diferencias de la salud autopercebida de los mayores de 65 años.

1. Los principales factores que se relacionan con la peor SA de los mayores de 65 años son el grado de independencia funcional, la posición socioeconómica y el género. Así:
 - 1.1. La salud autopercebida es peor en los mayores de 65 años que tiene algún grado de dependencia.
 - 1.2. La baja peor posición socioeconómica, por tener una clase social por ocupación más desfavorable o por tener un bajo nivel educativo, se relaciona con un empeoramiento de la salud autopercebida.
 - 1.3. Entre los mayores de 65 años, ser mujer se asocia con una peor salud autopercebida.

7.2. CONCLUSIONES CAPÍTULO 5

A partir de la elaboración de esta memoria de investigación, y ordenadas según los objetivos específicos de la misma, se obtienen las siguientes conclusiones:

CONCLUSIONES DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 3

Conocer cómo es la salud autopercebida de la población general española mayor de edad según el sexo.

1. Los resultados de prácticamente todos los estudios incluidos en la revisión indican que, en España, la prevalencia de mala SA es mayor en las mujeres que en los hombres.
2. Aunque la SA, considerada en su conjunto, mejora en España entre los años 1987 y 2011, la desigualdad de género se mantiene constante a lo largo de este periodo.

CONCLUSIONES DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 4

Identificar los factores que explican las diferencias de la salud autopercebida según el género.

1. Los principales factores que se relacionan con la peor SA de las mujeres españolas son el trabajo doméstico y la baja posición socioeconómica.
2. Las **variables del trabajo doméstico** que mejor se relacionan con la peor SA de las mujeres asalariadas en España son:
 - a. Las mujeres, en comparación con los varones, emplean más horas en realizar las tareas del hogar. La SA de las mujeres trabajadoras empeora cuanto mayor responsabilidad tienen en las tareas domésticas.
 - b. Las mujeres que trabajan fuera del hogar refieren peor salud autopercebida cuando no tienen una persona contratada para las tareas domésticas. Esta relación también se presenta entre los varones.
 - c. Cuanto mayor es el número de miembros que componen el hogar, peor es la SA de las mujeres que habitan en él, especialmente entre las mujeres de clases bajas.

- d. Nuestra revisión no aclara si la convivencia con menores se relaciona con una peor SA de las mujeres.
 - e. La convivencia con mayores de 65 años mejora la SA de las mujeres, principalmente entre las trabajadoras manuales.
3. Se han encontrado tres **variables que determinan la SA de las mujeres españolas en función de la conciliación entre el trabajo doméstico y el productivo** que pueden realizar:
- a. La duración de la jornada laboral. Trabajar más de 40 horas semanales fuera del hogar empeora la SA de las mujeres, mientras que elegir una jornada reducida la mejora. Los varones escogen con menor frecuencia reducir la jornada laboral y, en ellos, esto se relaciona con un empeoramiento de su SA.
 - b. La clase social. La conciliación del trabajo doméstico y el productivo condiciona una peor SA entre las trabajadoras manuales.
 - c. La dedicación exclusiva a las tareas domésticas. La SA de las amas de casa y las desempleadas es peor que la de las mujeres asalariadas.
4. Las mujeres pertenecientes a las **clases sociales bajas y que tienen un nivel educativo más bajo** tienen peor SA. Esta circunstancia se mantiene constante a lo largo del tiempo, desde que se realizara la primera Encuesta de Salud Nacional en España en 1987 hasta la última de 2011/12.

CAPÍTULO 8

RESUMEN

8. RESUMEN

8.1. RESUMEN CAPÍTULO 4

Desigualdades en la Salud Autopercebida de la población española mayor de 65 años.

Objetivos: Describir las desigualdades en la salud autopercebida de los mayores de 65 años en la población española, y los factores que las explican.

Métodos: Se diseñó una revisión sistemática de la literatura siguiendo la estrategia PRISMA. Se realizó una búsqueda exhaustiva en las siguientes bases de datos electrónicas: PubMed, WOK, Science Direct, EMBASE, IME, Cochrane, JSTOR, Ovid, Proquest y BMJ Group, y en bases electrónicas de tesis doctorales españolas hasta abril de 2013. Se completó la búsqueda con la bibliografía citada en los estudios encontrados que utilizaban la metodología descrita. La calidad de los estudios fue evaluada por dos revisores, de forma independiente, mediante el instrumento desarrollado por Berra.

Resultados: Se seleccionaron 20 documentos. Once coincidían en señalar el empeoramiento de la Salud Autopercebida en los individuos de mayor edad (excepto en los más longevos, en los que la tendencia se invertía); siete encontraban relación entre una peor SA y un aumento de la dependencia funcional; once atribuían un peor estado de salud a tener una mala situación socioeconómica; y catorce concluían que el ser mujer se relacionaba con un empeoramiento de la SA.

Conclusiones: Esta revisión muestra que la población española mayor de 65 años tiene peor SA que los españoles adultos menores de esa edad. Entre las personas mayores existe, además, una desigualdad de la SA en función del género y de su posición socioeconómica, siendo peor en los ancianos que son mujeres y en los que pertenecen a clases sociales más desfavorecidas.

8.2. RESUMEN CAPÍTULO 5

Desigualdades en la Salud Autopercebida de la población española según el género.

Objetivos: Describir las desigualdades en la salud autopercebida de la población española mayor de edad según su sexo y conocer los factores que explican la desigualdad en salud autopercebida según el género.

Métodos: Se diseñó una revisión sistemática de la literatura siguiendo la estrategia PRISMA. Se realizó una búsqueda exhaustiva en las siguientes bases de datos electrónicas: PubMed, WOK, Science Direct, EMBASE, IME, Cochrane, JSTOR, Ovid, Proquest y BMJ Group, y en bases electrónicas de tesis doctorales españolas presentadas hasta noviembre de 2016. Se completó la búsqueda con la bibliografía citada en los estudios encontrados que utilizaban la metodología descrita. La calidad de los estudios fue evaluada por dos revisores, de forma independiente, mediante el instrumento desarrollado por Berra.

Resultados: Se seleccionaron 46 trabajos que, mayoritariamente, mostraban que la salud autopercebida es **peor en las mujeres españolas que en los hombres**. Se observa que **el trabajo doméstico y la peor posición socioeconómica** son los principales factores que determinan esa desigualdad. Las **variables del trabajo doméstico** que mejor se relacionan con la peor SA de las mujeres son: el mayor número de horas que estas dedican a las tareas del hogar, el no disponer de una persona contratada para ayudar en las tareas domésticas y el habitar en hogares con más de 4 miembros. Por el contrario, el convivir con personas mayores de 65 años se relaciona con una mejora de la SA en mujeres trabajadoras. No queda clara la relación de la SA con la convivencia con menores. En cuanto a las variables que determinan la SA de las mujeres españolas en función de la **conciliación entre el trabajo doméstico y el productivo**, se relacionan con un empeoramiento de la SA las siguientes: trabajar más de 40 horas semanales, pertenecer a una baja clase social y ser ama de casa o desempleada.

Conclusiones: A pesar de la mejora de la salud autopercebida observada en los últimos años en la población general española, la desigualdad de género se mantiene. El trabajo doméstico sigue siendo responsabilidad de la mujer. Además, las condiciones laborales de las mujeres en España son peores que las de los varones. Estas dos circunstancias producen un exceso de carga de trabajo respecto a los hombres, lo que empeora la salud autopercebida de las mujeres, sobre todo entre las de clase social más desfavorecida.

CAPÍTULO 9
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

9. ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

9.1. ÍNDICE DE TABLAS

| | Páginas |
|--|---------|
| Tabla 1.- Características de las revisiones clásicas frente a las revisiones sistemáticas de la literatura. | 42 |
| Tabla 2.- Principales características de los artículos seleccionados en población mayor de 65 años, cuyo ámbito de estudio es el municipal. | 65 |
| Tabla 3.- Principales características de los artículos seleccionados en población mayor de 65 años, cuyo ámbito de estudio es el regional. | 67 |
| Tabla 4.- Principales características de los artículos seleccionados en población mayor de 65 años, cuyo ámbito de estudio es el nacional. | 68 |
| Tabla 5.- Valoración de la calidad de los estudios incluidos en población mayor de 65 años..... | 70 |
| Tabla 6.- Principales características de los artículos seleccionados que estudian la SA según el sexo, cuyo ámbito de estudio es el municipal. | 81 |
| Tabla 7.- Principales características de los artículos seleccionados que estudian la SA según el sexo, cuyo ámbito de estudio es el regional. | 83 |
| Tabla 8.- Principales características de los artículos seleccionados que estudian la SA según el sexo, cuyo ámbito de estudio es el nacional. | 86 |
| Tabla 9.- Valoración de la calidad de los estudios incluidos que estudian la SA según el sexo. | 90 |

9.2. ÍNDICE DE FIGURAS

| | Páginas |
|---|---------|
| Figura 1.- Modelo de capas de Dahlgren y Whitehead. | 20 |
| Figura 2.- Marco conceptual de los determinantes de las DSS (Solar, Irwin, 2007)..... | 22 |
| Figura 3.- Modelo para la evaluación individual de la salud autopercebida..... | 26 |
| Figura 4.- Diagrama de flujo de la declaración PRISMA 2009..... | 49 |
| Figura 5.- Diagrama de flujo que muestra el proceso de selección de los estudios en mayores de 65 años..... | 64 |
| Figura 6.- Diagrama de flujo que muestra el proceso de selección de los estudios que estudian la SA según el sexo. | 80 |

CAPÍTULO 10

BIBLIOGRAFÍA

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Badia X, Lizan L. Reflexiones sobre la investigación de resultados en salud. *Aten Primaria*. 2002;30:388-91.
2. Serrano P. Salud autopercebida y calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante y autóctona residente en Madrid desde una perspectiva de género [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2008.
3. Navarro V, Benach J. Desigualdades sociales de salud en España. Informe de la comisión científica para el estudio de las desigualdades sociales en salud en España. *Rev Esp Salud Pública*. 1996;70:505-636.
4. Van Doorslaer E, Koolman X, Jones AM. 2004. Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Econ*. 2004;13:629-47.
5. Sáez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gac Sanit*. 2003;17:412-19.
6. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*. 2009;69(3):307-16.
7. Desalvo KB, Bloser N, Reynolds, et al. Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question. *J Gen Intern Med*. 2006;21:267-275.
8. Espelt A, Font-Ribera L, Rodríguez-Sanz M, et al. Disability among older people in a Southern European city in 2006: Trends in gender and socio-economic inequalities. *J Womens Health*. 2010;19:927-33.
9. Ward PR. The relevance of equity in health care for primary care: creating and sustaining a "fair go, for a fair innings". *Qual Prim Care*. 2009;17:49-54.
10. De Lorenzo-Cáceres A. Evaluación de resultados publicados de la reforma de la Atención Primaria en España (1984-2004) [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2007.
11. Macinko J, Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. *Int J Equity health*. 2002;1(1):1.
12. Navarro V. Introduction: Objectives and Purposes of the Study. *Int J Health Serv*. 2003;33(3):407-417
13. Borrell C, Pasarín MI. The study of social inequalities in health in Spain: where are we?. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53:388-9.

14. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, et al. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit.* 2008;22(5):443-50.
15. Rohlfs I, Borrell C, Fonseca MC. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit.* 2000;14 (Supl. 3):60-71.
16. Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscá JV. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: la salud pública desde la perspectiva de género y clase social *Gac Sanit.* 2004;18 (Supl 1):96-101.
17. Marmot M, Wilkinson RG. *Social determinants of health.* Oxford: Oxford University Press, 1999.
18. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit.* 2008;22(5):465-73.
19. Borrell C, Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev Esp Salud Pública.* 2008;82:245-9.
20. Abellán A, Lorenzo L, Pérez J. Indicadores Demográficos. En: Informe 2010. Las personas mayores en España. Madrid, Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2012. p. 31-60.
21. García-Calvente MM, Río-Lozano M, Marcos J. Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2015.
22. Ley para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Ley orgánica 3/2007 de 22 de marzo. Madrid: Ministerio de la Presidencia y para las Administraciones Territoriales.
23. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
24. Huber M. How should we define health?. *BMJ.* 2011;343:d4163.
25. Girón P. Los determinantes de la salud percibida en España [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2010.
26. Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region (European Health for All Series; No. 6). Denmark: World Health Organization; 1999.
27. Anonymous. What is health? The ability to adapt. *Lancet.* 2009;373:781.
28. Glosario de promoción de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998.

29. Lalonde M A. "A new perspective on the health of Canadians: a working document". Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1981.
30. Regidor E, Gutierrez-Fisac JL, Domínguez V, et al. Comparing social inequalities in health in Spain: 1987 and 1995/97. *Soc Sci Med.* 2002;54:1323-32.
31. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen, Who Regional Office for Europe; 1992.
32. Segura del Pozo J. Desigualdades sociales en salud: conceptos, estudios e intervenciones (1980-2010). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Doctorado Interfacultades en Salud Pública; 2013.160p
33. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992;22:429-45.
34. CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization; 2008
35. Tugwell P. Assessing equity in systematic reviews: realizing the recommendations of the Commission on Social Determinants of Health. *BMJ.* 2010;341:c4739.
36. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, April 2007
37. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Comisionado por: Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior Ministerio de Sanidad y Política Social. Mayo 2010.
38. Townsend P, Whitehead M, Davidson N. Inequalities in health: the Black Report and the Health Divide, new edition. London: Penguin Books; 1992.
39. Marmot MG, Shipley MJ. Do socioeconomic differences in health persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. *BMJ.* 1996;313:1177-80.
40. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, et al. Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England Post 2010. London: The Marmot Review; 2010.
41. Marmot M, Allen J, Bell R, et al. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet* 2012;380:1011-29.
42. EUROTHINE Project Group. Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach. EUROTHINE Final Report. Rotterdam: Erasmus University Medical Centre; 2007.

43. Borrell C, Benach J (coords.). Les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrania; 2003.
44. Borrell C, Benach J (coords.). L'evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrania; 2005.
45. Bacigalupe A, Martín U. Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Vitoria-Gasteiz: Ararteko; 2007.
46. Escolar A. Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía. Cádiz: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía; 2008.
47. Rodríguez-Sanz M, Carrillo Santistevé P, Borrell C. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas, 1993-2003. Madrid: Observatorios de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
48. Pérez G, Cirera E, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Desigualdades de mortalidad en las Comunidades Autónomas entre 1981 y 2002. Madrid: Observatorios de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
49. García-Altés A, Ferrando J, Mendiola J, Borrell C. Análisis de las desigualdades de género y clase social en el desempeño de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas. Madrid: Observatorios de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
50. Álvarez-Dardet C, Montañés C, Ruiz MT. The widening social class gap of preventive health behaviours in Spain. *Eur J Public Health*. 2001;11:225-26.
51. Victora CG, Vaughan JP, Barros FC, et al. Public health Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet*. 2000;356:1093-98.
52. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 1: 405-12.
53. Bruin A, Picavet HS, Nossikov A. Health Interview Surveys. Towards international harmonization of methods and instruments. *WHO Reg Publ Eur Ser*. 1996;58:1-61.
54. Rueda S. Social inequalities in health among the elderly [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2010.
55. Hernández-Quevedo C, Jones AM, Rice N. Sesgo de respuesta y heterogeneidad en salud autopercebida. Evidencia del Panel de Hogares Británico. *CUADERNOS ECONÓMICOS DE ICE*, 75.

56. Chen S, Whitson H, Quiñones A, et al. Comparative health and self-rated health are equivalently associated with health indicators among older adults. *J Clin Epidemiol*. 2016;70:279-80.
57. Jurgens H, Avendano M, Mackenbach JP. Are different measures of self-rated health comparable? An assessment in five European countries. *Eur J Epidemiol*. 2008;23:773-81.
58. Idler EL. Self-ratings of health: mortality, morbidity, and meaning. In: Schechter S, ed. *Proceedings of the 1993 NCHS conference on the cognitive aspects of self-reported health status*. Hyattsville, Maryland: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, CDC, National Center for Health Statistics, 1994:36-59.
59. Tamayo-Fonseca N, Quesada JA, Nolasco A, et al. Self-rated health and mortality: a follow-up study of a Spanish population. *Public Health* 2013;127(12):1097-104.
60. Idler EL, Benyamini Y. 1997. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38(1):21-37.
61. Idler EL, Leventhal H, McLaughlin J, et al. In sickness but not in health: self-ratings, identity, and mortality. *J Health Soc Behav*. 2004;45(3):336-56.
62. Sargent-Cox K, Anstey KJ, Luszcz M. The choice of self-rated health measures matter when predicting mortality: evidence from 10 years follow-up of the Australian longitudinal study of ageing. *BMC Geriatr*. 2010;10:18.
63. Knäuper B, Turner P. Measuring health: improving the validity of health assessments. *Qual Life Res*. 2003;12 Suppl 1(2003):81-9.
64. Dowd JB, Zajacova A. Does the predictive power of self-rated health for subsequent mortality risk vary by socioeconomic status in the US?. 2007;36(6):1214-21.
65. Oksuzyan A, Petersen O, Stovring H, et al. The male-female health -survival paradox: A survey and register study of the impact of sex-specific selection and information bias. *Ann Epidemiol*. 2009;19:504-11.
66. Guimarães JM, Chor D, Loureiro G, et al. Association between self-rated health and mortality: 10 years' follow-up to the Pró-Saúde cohort study. *BMC public health*. 2012;12:676.
67. Moreno X, Huerta M, Albala C. Autopercepción de salud general y mortalidad en adultos mayores. *Gac Sanit* 2014;28(3):246-52.
68. Fernández-Ruiz M, Guerra-Vales JM, Trincado R. The ability of self-rated health to predict mortality among community-dwelling elderly individuals differs according to the specific cause of death: data from the NEDICES Cohort. *Gerontology*. 2013;59(4):368-77.

69. Tamayo-Fonseca N, Nolasco A, Quesada JA, et al. Self-rated health and hospital services use the Spanish National Health System: a longitudinal study. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:492.
70. McFadden E, Luben R, Bingham S, et al. Does the association between self-rated health and mortality vary by social class? *Soc Sci Med.* 2009;68:275e80.
71. Van Doorslaer E, Gerdtham UG. Does inequality in self-assessed health predict inequality in survival by income? Evidence from Swedish data. *Soc Sci Med.* 2003;57:1621e9.
72. Singh-Manoux A, Dugravot A, Shipley MJ, et al. The association between self-rated health and mortality in different socioeconomic groups in the GAZEL cohort study. *Int J Epidemiol.* 2007;36(6):1222-228.
73. Huisman M, Van Lenthe F, Mackenbach J. The predictive ability of self-assessed health for mortality in different educational groups. *Int J Epidemiol.* 2007;36(6):1207-13.
74. Delpierre C, Lauwers-Cances V, Datta GD, et al. Using self-rated health for analysing social inequalities in health: a risk for underestimating the gap between socioeconomic groups?. *J Epidemiol Community Health.* 2009;63(6):426-32.
75. Burstrom B, Fredlund P. Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *J Epidemiol Community Health.* 2001;55:836
76. Regidor E, Guallar-Castillón P, Gutiérrez-Fisac JL, et al. 2010. Socioeconomic variation in the magnitude of the association between self-rated health and mortality. *Ann Epidemiol.* 2010;20(5):395-400.
77. Castro-Vázquez Á, Espinosa-Gutiérrez I, Rodríguez-Contreras P. Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población española. *Int J Clin Health Psychol.* 2007;7(3):883-98.
78. Quesnel-Vallée A. Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for “true” health? *Int J Epidemiol.* 2007;36(6):1161-64.
79. Fielding R, Li J. “A validation of the concept of current perceived ealth and the Current Perceived Health-42 (CPH-42) questionnaire”. *Qual Life Res.* 1997;6:35-42.
80. Smith KW, Avis NE, Assmann SF. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis. *Qual Life Res* 1999;8(5):447-59.
81. Kind P. The Rol of the Quality of Life Measurement in Economic Evaluation: Lesson from the National Health Servicies. En: Pinto JL, López-Casanovas, Ortún V. (Edit). *Economic Evaluation: From theory to practice.* Springer-Verlang Ibérica; 2001.

82. OMS 2003. Organización Mundial de la Salud. GWH Guidelines on Gender-Relevant indicators in Health Research. Copenhagen: OMS; 2003.
83. Requena ML, Suárez M, Pérez O, et al. Encuestas de Salud en España: Situación Actual. *Rev Esp Salud Pública*. 2013;87:549-73.
84. Alonso J, Ferrer M. Valorar Salud y Calidad de Vida. En: "INFORME SESPAS 2000: La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo". Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; 2000.
85. Rohlf I, Borrell C, Artazcoz L, et al. The incorporation of gender perspective into Spanish health surveys. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(Supl ii):ii20-ii25.
86. Ruiz-Cantero MT, Carrasco-Portiño M, Artazcoz L. Logros y retos de género de la Encuesta Nacional de Salud 2006: análisis de los cuestionarios de adultos y hogar. *Gac Sanit*. 2011;25(1):6-12.
87. Oakley A. *Sex, Gender and Society*. Farnham: Ashgate Publishing Limited; 1981.
88. Rubin G. "The traffic in women: notes on the "political economy" of sex", in Nicholson, Linda, *The second wave: a reader in feminist theory*. New York: Routledge;1997.
89. Scott-Samuel A. Patriarchy, masculinities and health inequalities. *Gac Sanit*. 2009;23(2):159-60.
90. United Nations Development Programme. Human development report 1995. New York: UNDP, 1995.
91. Doyal L. Sex, gender, and health: the need for a new approach. *BMJ* 2001;323:1061-63.
92. Grimsaw D, Rubery J. The motherhood pay gap: A review of the issues, theory and international evidence. Geneva: International Labour Office, Inclusive Labour Markets, Labour Relations and Working Conditions Branch; 2015.
93. García Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit*. 2004;18(Supl 2):83-92.
94. Campos-Serna J, Ronda-Pérez E, Artazcoz L, et al. Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: a systematic review. *Int J Equity Health*. 2013;12:57.
95. Bartoll X, Cortés I, Artazcoz L. Full- and part- time work: gender and welfare-type differences in European working conditions, job satisfaction, health status, and psychosocial issues. *Scand J Work Environ health*. 2014; 40(4):370-79.

96. Benach J, Amable M, Muntaner C, et al. The Consequences of Flexible Work for Health: Are We Looking at the Right Place?. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56(6):405-6.
97. Naldini M, Jurado T. Family and welfare state reorientation in Spain and Inertia in Italy from a European perspective. *Popul Rev* 2013;52:43–61.
98. Arber S, Cooper H. Gender and inequalities in health across the life course. In: Annandale E, Kunt K (eds.) *Gender inequalities in health*. Buckingham: Open University Press; 2000.
99. Perelman J, Fernandes A, Mateus C. Gender disparities in health and health care: results from the Portuguese National Health Interview Survey. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(12):2339-48
100. Case A, Paxson C. *Sex Differences in Morbidity and Mortality*. Princeton: Center for health and Wellbeing Princeton University;2004.
101. Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud en la agenda de salud pública. *Gac Sanit*. 2004;18(Supl 2):1-2.
102. Grundy E, Sloggett A. Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances. *Soc Sci Med*. 2003;56:935-47.
103. Gorman BK, Read JG. Gender disparities in adult health: an examination of three measures of morbidity. *J Health Soc Behav*. 2006;47:95-110.
104. Pérez-Fuentes MC, Molero MM, Mercader I, et al. Salud percibida y salud real: prevalencia en las personas mayores de 69 años. *Enferm Univ*. 2015;12(2):56-62.
105. Aguilar-Palacio, I Carrera-Lasfuentes P, Solsona S, et al. Utilización de los servicios sanitarios en ancianos (España 2006-2012): influencia del nivel de salud y de la clase social. *Aten Primaria*. 2016;48(4):235-43.
106. Jagger C, McKee M, Christensen K, et al. Mind the gap-reaching the European target of a 2-year increase in healthy life years in the next decade. *Eur J Public Health*. 2013;23(5):829-33.
107. Prieto-Flores ME, Fernández-Mayoralas G, Rojo-Pérez F, et al. Sociodemographic and health factors explaining emotional wellbeing as a quality of life domain of older people in Madrid, Spain. 2005. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82:301-13
108. Machón-Sobrado, Vergara-Mitxeltoarena I, Dorronsoro-Iraeta M, et al. Situación actual de la investigación sobre las condiciones de vida y el estado de salud de las personas mayores en España. *Enferm Clin*. 2016;26(1):15-22.
109. Solé-Auró A, Alcañiz M. Educational attainment, gender and health inequalities among older adults in Catalonia (Spain). *Int J Equity Health*. 2016;15:2016

110. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2001, 55:693-70.
111. Chilet-Rosell E, Álvarez-Dardet C, Domingo-Salvany A. Utilización de las propuestas españolas de medición de la clase social en salud. *Gac Sanit.* 2012;26(6):566-69.
112. Grupo SEE; Grupo SEMFyC. Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria.* 2000; 25: 350-63.
113. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, et al. Indicators of socioeconomic position (part 2). *J Epidemiol Community Health.* 2006;60:95-101.
114. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, et al. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health.* 2006;60:95-101.
115. Braveman P. 2006. Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annu Rev Public Health.* 2006;27:167-94.
116. World Health Organization. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro, Brazil: World Conference on Social Determinants of Health; 2011.
117. Kelly MP, Morgan A, Bonnefoy J, et al. The social determinants of health: developing an evidence base for political action. Final report to World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health from Measurement and Evidence Knowledge Network. 2007.
118. Borrell C, Malmusi D. La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit.* 2010;24(Supl 1):101-108.
119. Hernández-Quevedo C, Peiró R, Villalbí JR. La salud pública y las políticas de salud: del conocimiento a la práctica. Informe SESPAS 2016. *Gac Sanit.* 2016;30(Supl 1):1-2.
120. Díez E. Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit.* 2004;18(4):338-45.
121. Urrutia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metanálisis. *Med Clin (Barc).* 2010; 135(11):507-11.
122. Centro Cochrane Iberoamericano, traductores. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0 [actualizada en marzo de 2011] [Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2012.
123. Cook J, Mulrow C, Haynes B.S systematic Reviews: Synthesis of Best Evidence for Clinical Decisions. *Ann Intern Med.* 1997;125(5):376-80.

124. Drucker AM, Fleming P, Chan A. Research Techniques Made Simple: Assessing Risk of Bias in Systematic Reviews. *J Invest Dermatol*. 2016;136:e109-14.
125. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, et al. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *BMJ* 2009;339:b2700.
126. Elm E, Altman DG, Egger M, et al. Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. *Gac Sanit*. 2008;22(2):144-50.
127. Mandrekar JN, Mandrekar SJ. Systematic Reviews and Meta-Analysis of Published Studies, An overview and Best Practices. *J Thorac Oncol*. 2011;6:1301-03.
128. Welch V, Petticrew M, Tugwell P, et al. PRISMA-Equity 2012 Extension: Reporting Guidelines for Systematic Reviews with a Focus on Health Equity. *PLoS Med*. 2012;9(10):e1001333.
129. Beller EM, Glasziou PP, Altman DG, et al. PRISMA for Abstracts: Reporting Systematic Reviews in Journal and Conference Abstracts. *PLoS Medicine*. 2013;10(4):e1001419
130. Systematic Review. CRD's guidance for undertaking reviews in health care. York: Centre for Reviews and Dissemination, University of York; 2008.
131. Burford BJ, Welch V, Waters E, et al. Testing the PRISMA*Equity 2012 Reporting Guideline: the Perspectives of Systematic Reviews Authors. *PLoS One*. 2013;8(10):375122
132. Zeng X, Zhang Y, Kwong JSW, et al. The methodological quality assessment tools for preclinical and clinical studies, systematic review and meta-analysis, and clinical practice guideline: A systematic review. *J Evid Based Med*. 2015;8:2-10.
133. West S, King V, Carey TS, et al. Systems to rate the strength of scientific evidence. Evidence report/technology assessment N.º 47 (prepared by the Research Triangle Institute-University of North Carolina Evidence-based Practice Center under Contract N.º 290-97-0011). AHRQ Publication N.º 02-E016. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2002.
134. Berra S, Elorza-Ricart J, Estrada MD, et al. Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales. *Gac Sanit*. 2008;22(5):492-97.
135. Mongua-Rodriguez N, Díaz-Ortega JL, García-García L, et al. A systematic review of rubella vaccination strategies implemented in the Americas: impact on the incidence and seroprevalence rates of rubella and congenital rubella syndrome. *Vaccine*. 2013;31(17):2145-51.

136. García H. Evaluación y análisis del impacto psicológico y de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2013.
137. Ciapponi A. Artículo Especial: Guía de lectura crítica de estudios observacionales en epidemiología (primera parte). *Evid actual práct ambul.* 2010;13(1):135-140.
138. Baptista-González HA. Revisiones sistemáticas y metaanálisis. Elementos de la investigación integrativa. *Perinatol Reprod Hum.* 2009;23(4):223-35.
139. Valderas JM, Mendivil J, Parada A, et al. Construcción de un filtro geográfico para la identificación en Pubmed de estudios realizados en España. *Rev Esp Cardiol.* 2006;59:1244-51.
140. Sánchez-Santos MT, Zunzunegui MV, Otero-Puime A, et al. Self-rated health and mortality risk in relation to gender and education: a time-dependent covariate analysis. *Eur J Ageing.* 2011;8:281-9.
141. Fernández-Merino MC, Rey-García J, Tato A, et al. Autopercepción de la salud y mortalidad en ancianos de una comunidad rural. *Aten Primaria.* 2000;25:23-31.
142. Borrell C, Ferrando J. Desigualdades en salud en la población anciana. *JANO.* 2003;LXIV:25-33.
143. López-Torres J, Navarro B, Párraga I, et al. El estado de salud de las personas mayores que sufren insomnio. *Gac Sanit.* 2013;27:47-52.
144. Rodríguez-Rodríguez V, Rojo-Pérez F, Fernández-Mayoralas G, et al. Recursos económicos y calidad de vida en la población mayor. *Rev Int Sociol.* 2011;69:195-227.
145. Lázaro A, Rubio E, Sánchez A, et al. Capacidad funcional para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza capital en 2005. *Rev Esp Salud Pública.* 2007;81:625-36.
146. Zunzunegui MV, Béland F, Otero A. Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *Int J Epidemiol.* 2001;30:1090-9.
147. Damian J, Ruigomez A, Pastor V, et al. Determinants of Self Assessed Health among Spanish Older People Living at Home. *J Epidemiol Community Health.* 1999;53:412-6.
148. Valderrama E, Gavira-Iglesias FJ, López M, et al. Dependencia funcional y SA en los ancianos de la Zona Básica de Salud de Cabra. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1999;34:283-8.
149. Azpiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, et al. Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76:683-99.

150. Brugulat-Guiteras P, Puig-Oriol X, Mompart-Penina A, et al. Dependencia para la realización de actividades de la vida diaria en las personas mayores de Cataluña. *Med Clin*. 2011;137:32-6.
151. Rueda S, Artazcoz L. Gender inequality in health among elderly people in a combined framework of socioeconomic position, family characteristics and social support. *Ageing Soc*. 2009;29:625-47.
152. Roqué i Figuls M, Salvà A, Bolívar I, et al. Tendencias en salud percibida y dependencia de la población mayor española: evolución entre los años 1993 y 2006. *Med Clin*. 2012;139:284-9.
153. Girón P. Is age associated with self-rated health among older people in Spain? *Cen Eur J Public Health*. 2012;20:185-90.
154. Rueda S, Artazcoz L, Navarro V. Health inequalities among the elderly in western Europe. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62:492-8.
155. Rueda S. Health inequalities among older adults in Spain: the importance of Gender, the Socioeconomic Development of the Region of Residence, and Social Support. *Women's Health Issues*. 2012;22:e483-90.
156. Karlsdotter K, Martín JJ, López del Amo MDP. Influencia de la renta y el capital social en la salud de los mayores de 65 años en España en 2007. *Gac Sanit*. 2011;25:59-65.
157. Gonzalo E, Pasarín M. La salud de las personas mayores. *Gac Sanit*. 2004;18:69-80.
158. Girón P. Los determinantes de la salud percibida en España [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2010.
159. Abellán A, Pérez J, Castejón P. Estado de Salud. En: Informe 2010. Las personas mayores en España. Madrid, Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2012. p. 63-79.
160. Avendano M, Aro AR, Mackenbach J. Socio-Economic Disparities in Physical Health in 10 European Countries. En: *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim, Research Institute for the Economics of Aging (MEA); 2005. p. 89-94.
161. Dalstra JAA, Kunst AE, Mackenbach JP. A comparative appraisal of the relationship of education, income and housing tenure with less than good health among the elderly in Europe. *Soc Sci Med*. 2006;62:2046-60.
162. Ploubidis GB, Dale C, Grundy E. Later life health in Europe: how important are country level influences? *Eur J Ageing*. 2012;9:5-13.

163. Van Kippersluis H, Van Ourti T, O'Donnell O, et al. Health and income across the life cycle and generations in Europe. *J Health Econ.* 2009;28:818-30.
164. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Soc Sci Med.* 2003;57:861-73.
165. Jagger C, Weston C, Cambois E, et al. Inequalities in health expectancies at older ages in the European Union: findings from the Survey of Health and Retirement in Europe (SHARE). *J Epidemiol Community Health.* 2011;65:1030-5.
166. Zunzunegui MV, Núñez O, Durban M, et al. Decreasing prevalence of disability in activities of daily living, functional limitations and poor self-rated health: a 6-year follow-up study in Spain. *Aging Clin Exp Res.* 2006;18:352-8.
167. Espelt A, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, et al. Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. *Int J Epidemiol.* 2008;37:1095-105.
168. Arber S, Khlat M. Introduction to "social and economic patterning of women's health in a changing world". *Soc Sci Med.* 2002;54:643-7.
169. Grundy E, Holt G. The socioeconomic status of older adults: how should we measure it in studies of health inequalities? *J Epidemiol Community Health.* 2001;55:895-904.
170. Gomes R, Ferreira do Nascimento E, Carvalho de Araujo F. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública.* 2007;23:565-74.
171. Crimmins EM, Kim JK, Solé-Auró A. Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *Eur J Public Health.* 2006;21:81-91.
172. Arber S, Cooper H. Gender differences in health in later life: the new paradox? *Soc Sci Med.* 1999;48:61-76.
173. Coma A, Martí M, Fernández E. Educación y clase social basada en la ocupación: su interrelación como indicadores de posición socioeconómica en el estudio de las desigualdades sociales mediante encuestas de salud. *Aten Primaria.* 2003;32(4):208-15.
174. Borrell C, Rohlfs I, Ferrando J, et al. Social inequalities in perceived health and the use of health services in a southern European urban area. *Int J Health Serv.* 1999;29(4):743-64.
175. Domínguez-Berjón F, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, et al. The usefulness of area-based socioeconomic measures to monitor social inequalities in health in Southern Europe. *Eur J Public Health.* 2005;16:15-61.

176. Borrell C, Muntaner C, Benach J, et al. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour. *Soc Sci Med*.2004;58:1869-87.
177. Muntaner C, Borrell C, Benach J, et al. The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *Int J Epidemiol*. 2003;32:950-58.
178. Suárez P, Quintana MC, Mateos ME, et al. Jerarquía social y estado de salud. *Gac Sanit*. 1999;13:9095.
179. Artazcoz L, Borrell C, Rohlf, et al. Trabajo doméstico, salud percibida y desigualdades de género en trabajadores. *Gac Sanit*. 1999;13(Supl 2):8106.
180. Artazcoz L, Borrell C, Rohlf, et al. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. *Gac Sanit*. 2001;15(2):150-53.
181. Malmusi D, Vives A, Benach J, et al. Gender inequalities in health: exploring the contributions of living conditions in the intersection of social class. *Glob Health Action*. 2014;7:23189.
182. Artazcoz L, Cortès I, Escribà-Agüir V, et al. Understanding the relationship of long working hours with health status and health-related behaviours. *J Epidemiol Community Health*. 2009;53:521-27.
183. Medina-Bustos A, Mompart-Penina A, Brugalats-Guiteras P, et al. La salud de los hombres y las mujeres en Cataluña. ¿Se están produciendo cambios?. *Med Clin (Barc)*. 2011;137(Supl 2):27-31.
184. Armengol C. Desigualdades de género en la salud relacionadas con la combinación de la vida laboral y familiar en Cataluña [Trabajo final de Máster en Salud Laboral]. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra;2013.
185. Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequality in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:639-47.
186. Artazcoz L, Cortès I, Moncada S, et al. Diferencias de género en la influencia del trabajo doméstico sobre la salud. *Gac Sanit*. 1999;13(3):201-207.
187. Fernández E, Schiaffino A, Rajmil L, et al. Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia (Spain). *J Epidemiol Community health*. 1999;53:218-222.
188. Fernández E, Schiaffino A, Rajmil L, et al. Desigualdades en salud según la clase social en Cataluña, 1994. *Aten Primaria*. 2000;25:96-102.
189. Borrell C, Benach J, Grupo de trabajo CAPS-FJ Bofill. La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. *Gac Sanit*. 2006;20(5):396-406.

190. Artazcoz L, Cortès I, Borrell C, et al. Gender perspective in the analysis between long workhours, health and health-related behavior. *Scand J Work Environ Health*. 2007;33(5):344-50.
191. Artazcoz L, Borrell C, Merino J, et al. Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar. En: "INFORME SESPAS 2002: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública". Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; 2002.
192. Artazcoz L, Artieda L, Borrell C, et al. Combining job and family demands and being healthy: What are the differences between men and women?. *Eur J Public Health*. 2004;14:43-48.
193. García-Calvente MM, Delgado AM, Mateo I, et al. El género como determinante de desigualdades en salud y en la utilización de los servicios sanitarios en Andalucía. En: Primer informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía. Cádiz: Asociación para la Defensa de la Sanidad Publica de Andalucía; 2008.
194. Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes, Rabanaque MJ. Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por CCAA y sexo (2001-2012). *Gac Sanit*. 2015;29(1):37-43.
195. Malmusi D, Artazcoz L, Benach J, et al. Perception or real illness? How chronic conditions contribute to gender inequalities in self-rated health. *Eur J Public Health*. 2012;22(6):781-86.
196. Artazcoz L, Cortès I, Borrell C, et al. Social inequalities in the association between partner/marital status and health among workers in Spain. *Soc Sci Med*. 2011;72:600-607.
197. Garrido-Cumbrera M, Borrell C, Palència L, et al. Social Class Inequalities in the Utilization of Health Care and Preventive Services in Spain, a Country with a National Health System. *Int J Health Serv* 2010;40:525-42.
198. Arcas Gender inequalities in the association between demands of family and domestic life and health in Spanish workers. *Eur J Public health*. 2012;23(5):883-88.
199. Barroso C, Abásolo I, Cáceres JJ. Health inequalities by socioeconomic characteristics in Spain: the economic crisis effect. *Int J Equity Health*. 2016;15:62.
200. Arroyo E, Renart G, Saez M. How the economic recession has changed the likelihood of reporting poor self-rated health in Spain. In *J Equity Health*. 2015;14-149.
201. Artazcoz L, Moya C, Vanaclocha H, et al. La salud de las personas adultas. *Gac Sanit*. 2004;18(Supl 1):56-68.
202. Regidor E, Pascual C, de la Fuente L, et al. Socio-economic position, family demands and reported health in working men and women. *Eur J Public health*. 2010;21:109-115.

203. Regidor E, Martínez D, Astasio O, et al. 2006 Trends of socioeconomic inequalities and socioeconomic inequalities in self perceived health in Spain. *Gas Sanit.* 2006;20:178-83.
204. Daponte-Codina A, Bolívar-Muñoz J, Toro-Cárdenas S, et al. Area deprivation and trends in inequalities in self-rated health in Spain, 1987–2001. *Scand J Public Health.* 2008;26:504-15.
205. Urbanos-Garrido RM. Social inequalities in health: measuring the contribution of housing deprivation and social interactions for Spain. *Int J Public Health.* 2012;11:77
206. La Parra D. Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. *Gac Sanit.* 2001;15:498-505.
207. Karlsdotter K, Martín JJ, Puerto M. Multilevel analysis of income, income inequalities and health in Spain. *Soc Sci Med.* 2012;74:1099-1106.
208. Borrell C, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, et al. Analyzing differences in the magnitude of socioeconomic inequalities in self-perceived health by countries of different political tradition in Europe. *Int J Health Serv.* 2009;39(2):321-41.
209. Artazcoz L, Cortès I, Puig-Barrachina V, et al. Combining employment and family in Europe: the role of family policies in health. *Eur J Public health.* 2013;24(4):649-55.
210. Bambra C, Pope D, Swami V, et al. Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries. *J Epidemiol Community Health.* 2009;63:38-44.
211. Olsen KM, Dahl SA. Health differences between European countries. *Soc Sci Med.* 2007;64:1665-78.
212. Palència L, Malmusi D, De Moortel D, et al. The influence of gender equality policies on gender inequalities in health in Europe. *Soc Sci Med.* 2014;117:25-33.
213. Denton M, Prus S, Walters V. Gender differences in health: a Canadian study of the psycho-social, structural and behavioural determinants of health. *Soc Sci Med.* 2004;58(12):2585-600.
214. Palència L, De Moortel D, Artazcoz L, et al. Gender Policies and Gender Inequalities in Health in Europe: Results of the SOPHIE Project. *Int J Health.* 2017;47(1):61-82.
215. Bartoll X, Toffolutti V, Malmusi D, et al. Health and health behaviours before and during the Great Recession, overall and by socioeconomic status, using data from four repeated cross-sectional health surveys in Spain (2001-2012). *BMC Public health.* 2015;15:865.
216. Regidor E, Barrio G, Bravo MJ, et al. Has health in Spain been declining since the economic crisis?. *J Epidemiol Community Health.* 2013;0:1-3.

217. Macintyre S, Ford G, Hunt K. Do women over-report morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Soc sci Med.* 1999;48:89-98.
218. Ross CE, Bird CE. Sex Stratification and Health Lifestyle: Consequences for Men's and Women's Perceived Health. *J Health Soc Behav.* 1994;35(2):161-78.
219. Malmusi D. Determinants of social inequalities in self-rated health: analysis at the intersection of gender, class and migration type [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2012.
220. Lawlor DH, Ebrahim S, Smith DG. Sex matters: Secular and geographical trends in sex differences in coronary heart disease mortality. *BMJ.* 2001;323:541-45.
221. Verbrugge LM. The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. *J Health Soc Behav.* 1989;30:282-304.
222. Bird C, Freemont AM. Gender, time use and health. *J Health Soc Behav.* 1991;32:11 4-24.
223. Stanistreet D, Bambra C, Scott-Samuel A. Is patriarchy the source of men's higher mortality?. *J Epidemiol Community health.* 2005;59:873-76.
224. Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Woman, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. *Soc Sci Med* 2004;59:263-74.
225. Campos-Serna J, Ronda-Pérez E, Artazcoz L, et al. Desigualdades de género en salud laboral en España. *Gac Sanit.* 2012;26(4):343-51.
226. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El Sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit.* 2004;18(Supl 1):132-39.
227. Larrañaga I, Arregi B, Arpal J. El trabajo reproductivo o doméstico. *Gac Sanit* 2004;18(Supl 1):31-7.
228. Blane D, Berney L, Montgomery SM. Domestic labour, paid employment and women's health: analysis of life course data. *Soc Sci Med.* 2001;52:959-65.
229. Landstedt E, Harryson L, Hammarström A. Changing housework, changing health? A longitudinal analysis of how changes in housework are associated with functional somatic symptoms. *Int J Circumpolar Health.* 2016;75:31781.
230. Walters V, Denton R, French S, et al. Paid work, unpaid work and social support: A study of the health of male and female nurses. *Soc Sci Med.* 1996;43(11):1627-36.
231. Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. *Soc Sci Med.* 1997;44(6):773-87.

232. Sorlie PD, Backlund E, Keller JB. US mortality by economic, demographic, and social characteristics: The National Longitudinal Mortality Study. *Am J Public Health* 1995;85:949–56.
233. Regidor E, Calle ME, Domínguez V, et al. Mortalidad según características sociales y económicas: Estudio de Mortalidad de la Comunidad Autónoma de Madrid. *Med Clin* 2001;116:726–31.
234. Atkinson AM. Stress levels of family day care providers, mothers employed outside the home, and mothers at home. *J Marriage Fam.* 1992;54:379-86.
235. Lahelma E, Arber S, Kivela K, et al. Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socioeconomic circumstances. *Soc Sci Med.* 2002;54(5):727-40.
236. Lacey R, Stafford M, Sacker A, et al. Work-Family Life Courses and subjective Wellbeing in the MRC National Survey Of Health and Development (the 1946 British birth cohort study). *J Popul Ageing.* 2016;9:69-89.
237. Bartley M, Sacker A, Firth D, et al. Social position, roles and women's health in England: changing relationships 1984–1993. *Soc Sci Med.* 1999;48:99-115.
238. Sekine M, Chandola T, Martikainen P, et al. Socioeconomic inequalities in physical and mental functioning of Japanese civil servants: explanations from work and family characteristics. *Soc Sci Med* 2006;63:430-45.
239. Chen DR, Chang LY, Yang ML. Gender-specific responses to social determinants associated with self-perceived health in Taiwan: A multilevel approach. *Soc Sci Med.* 2008;67:1630-40.
240. Fernández E, Schiaffino A, Martí M. Influencia del trabajo doméstico sobre la salud y la utilización de servicios sanitarios en mujeres con trabajo remunerado y amas de casa. *Gac Sanit.* 2000; 14(4):287-290.
241. García-Calvente MM, Del Río M, Marcos J. Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidador informal en España. *Gac Sanit.* 2011;25(S):100-107.
242. Artazcoz L, Escribá-Agüir V, Cortés I. Género, trabajos y salud en España. *Gac Sanit.* 2004;18(suppl2):24-35.
243. Gómez-Redondo R, Fernández-Carro C. Personas mayores, discapacidad y dependencia. En: INFORME 2014. Las personas Mayores en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2014.
244. Rohlf I, de Andrés J, Artazcoz L, et al. Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres. *Med Clin (Barc)* 1997;108:566-71.

245. Fokkema T. Combining a job and children: contrasting the health of married and divorced women in the Netherlands. *Soc Sci Med.* 2002;54(5):741-52.
246. Artazcoz L. Aspectos metodológicos en la investigación sobre trabajo, género y salud. *AREAS.* 2014;33:139-53.
247. Borrell C, Palència L, Muntaner C, et al. Influence of Macrosocial Policies on Women's Health and Gender inequalities in Health. *Epidemiol Rev.* 2014;36:31-48.
248. Klumb PL, Lampert T. Women, work, and well-being 1950–2000: a review and methodological critique. *Soc Sci Med.* 2004;54:1007-24.
249. Nathanson CA. Social roles and health status among women: The significance of employment. *Soc Sci Med.* 1980;14A:463-71.
250. Van der Hulst M. Long workhours and health. *Scand J Work Environ Health.* 2003;29:171-88.
251. Salvador-Piedrafita M, Malmusi D, Borrell C. Time trends in health inequalities due to care in the context of the Spanish Dependency Law. *Gac Sanit.* 2017;31:11-17.
252. Artazcoz L, Cortès I, benavides FG, et al. Long working hours and health in Europe: Gender and welfare state differences in a context of economic crisis. *Health Place.* 2016;40:161-68.
253. Tezanos JF. Escenarios del nuevo siglo. Cuarto foro sobre tendencias sociales. Madrid: Sistema, 2000.
254. Santolaria E, Fernandez A, Daponte A, et al. El sector productivo. *Gac Sanit* 2004;18(Suppl 1):24-30.
255. Waldron I, Weiss CC, Hughes ME. Interacting effects on multiple roles on women's health. *J Health Soc Behav.* 1998;39:216-36.
256. Moss N. Gender equity and socio-economic inequality: A framework for the patterning of women's health. *Soc Sci Med.* 2002;54:649-61.
257. Krantz G, Ostergren PO. Double exposure. The combined impact of domestic responsibilities and job strain on common symptoms in employed Swedish women. *Eur J Public Health.* 2001;11:413-19.
258. Krantz G, Berntsson, Lundberg U. Total workload, work stress and perceived symptoms in Swedish male and female white-collar employees. *Eur J Public Health.* 2005;15:209-14.
259. Marmot M, Ryff CD, Bumpass LL, et al. Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Soc Sci Med.* 1997;44(6):901-10.

260. Hu Y, van Lenthe FJ, Borsboom GJ, et al. *J Epidemiol Community Health* 2016;70:644-52.
261. Gili M, Roca M, Basu S, et al. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*. 2013;23:103–8.
262. Cortès-Franch I, González B. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28 (Supl 1):1-6.
263. Korpi W, Ferrarini T, Englund S. Women's opportunities under different family policy constellations: gender, class, and inequality tradeoffs in western countries re-examined. *Soc. Polit. Int. Stud. Gend. State Soc*. 2013; 20(1):1e40.
264. Boye K. Work and wellbeing in a comparative perspective-the role of family policy. *Eur Social Rev*. 2011; 27:16-30
265. Alvarez-Galvez J, Rodero-Cosano ML, Motrico E, et al. The impact of Socio-Economic Status on Self-Rated Health: Study of 29 countries Using European Social Surveys (2002-2008). *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10:747-61.
266. Burström B, Whitehead M, Clayton S, et al. Health inequalities between lone and couple mothers and policy under different welfare regimes – The example of Italy, Sweden and Britain. *Soc Sci Med*. 2010;70(6):912-920.
267. Shaw RJ, Benzeval M, Popham F. To What Extent Do Financial Strain and Labour Force Status Explain Social Class Inequalities in Self-Rated Health? Analysis of 20 Countries in the European Social Survey. *PLoS ONE*. 2014;9(10):e110362.
268. Mansyur C, Amick BC, Harrist RB, et al. Social capital, income inequality, and self-rated health in 45 countries. *Soc Sci Med*. 2008;66:43-56.
269. Walters V, McDonough P, a Strohschein L. The influence of work, household structure, and social, personal and national resources on gender differences in health: an analysis of the 1994 Canadian National Population Health Survey. *Soc Sci Med*. 2002;54:677-92.
270. Bouchard L, Albertini M, Batista R, et al. Research on health inequalities: A bibliometric analysis (1966-2014). *Soc Sci Med*. 2015;141:100-108.
271. Benach J, Muntaner C. Precarious employment and health: developing a research agenda. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61:276-277.
272. Bigna JJ, Um LN, Nansseu JR. A comparison of quality of abstracts of systematic reviews including meta-analysis of randomized controlled trials in high-impact general medicine journals before and after the publication of PRISMA extension for abstracts: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2016;5:174.

273. Casas J, Repullo JR, Donado J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. *Aten Primaria*. 2003;31(8):527-38.
274. Hupkens C, van den Berg J, van der Zee J. National Health interview surveys in Europe: an overview. *Health Policy*. 1999;47:145-68.
275. Machón M, Vergara I, Dorronsoro M, et al. Self-perceived health in functionally independent older people; associated factors. *BMC Geriatr*. 2016;16:66.
276. Aromaa A, Koponen P, Tafforeau, et al. Evaluation of Health Interview Surveys and Health Examination Surveys in the European Union. *Eur J Public Health*. 2003;13(Supl 3):67-72.
277. Nosikov A, Gudex C (Eds). *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys*. Copenhagen: IOS Press; 2003.
278. Duncan G, Daly MC, McDonough P, et al. Optimal indicators of socioeconomic status for health research. *Am J Public Health*. 2002;92(7):1151-57.
279. Arber S, Ginn J. Gender and inequalities in health in later life. *Soc Sci Med*. 1993;38:1257-8.
280. Borrell C, Rohlfs I, Artazcoz L, Muntaner C. Inequalities in health related to social class in women. What is the effect of the measure used? *Gac Sanit*. 2004;18(Supl 2):75-82.
281. Blanco C, Ramos X. Polarization and Health. *Rev Income Wealth*. 2010;56:171-185.
282. Carlson P. Self-perceived health in East and West Europe: another European Health divide. *Soc Sci Med*. 1998;46:1355-66.

CAPÍTULO 11
ANEXO

Revisión

Desigualdades en la salud autopercebida de la población española mayor de 65 años



Victoria Morcillo Cebolla^{a,*}, Antonio de Lorenzo-Cáceres Ascanio^b, Paloma Domínguez Ruiz de León^c, Ricardo Rodríguez Barrientos^d y María José Torijano Castillo^e

^a Centro de Salud "Las Cortes", Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

^b Centro de Salud Universitario "Ciudad Jardín", Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

^c Centro de Salud Navalcarnero, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, España

^d UAT, Unidad Apoyo Investigación Atención Primaria, Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad, Red de Investigación en Servicios de Salud y Enfermedades Crónicas, REDISSEC, Madrid, España

^e Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de diciembre de 2013

Aceptado el 19 de mayo de 2014

On-line el 2 de septiembre de 2014

Palabras clave:

Estado de salud

Disparidades en el estado de salud

Autoimagen

Ancianos

España

R E S U M E N

Objetivo: Recientes publicaciones han concluido que existen desigualdades sociales en salud en las personas mayores de 65 años en España, que afectan principalmente a mujeres y personas con bajo nivel socioeconómico. La salud autopercebida se ha relacionado con la prevalencia de enfermedades crónicas, la utilización de los servicios sanitarios y la mortalidad. El objetivo de este trabajo es valorar las desigualdades en la salud autopercebida de los mayores en relación con la edad, el género, los factores socioeconómicos y el nivel de dependencia.

Métodos: Se diseñó una revisión sistemática de la literatura siguiendo los criterios PRISMA. Se realizó una búsqueda exhaustiva en PubMed, WOK, Science Direct, EMBASE, IME, Cochrane, JSTOR, Ovid, Proquest y BMJ Group, y en bases electrónicas de tesis doctorales españolas hasta abril de 2013. La calidad de los estudios se evaluó por dos revisores de forma independiente mediante el instrumento desarrollado por Berra.

Resultados: Se seleccionaron 20 documentos concordantes en señalar el empeoramiento de la salud autopercebida en los individuos de mayor edad (excepto en los más longevos), en los que tienen dependencia funcional, pertenecen a un nivel socioeconómico bajo y al género femenino.

Conclusiones: Esta revisión muestra que entre las personas mayores persiste la desigualdad de género y de nivel socioeconómico con respecto a la salud autopercebida. Son necesarios futuros estudios para aclarar los factores que hacen que persistan las desigualdades en los mayores, y así poder diseñar políticas de salud específicas para este sector de la población.

© 2013 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SESPAS.

Health inequalities in self-perceived health among older adults in Spain

A B S T R A C T

Keywords:

Health status

Health status disparities

Self-concept

Aged

Spain

Objective: Recent publications have concluded that there are social health inequalities in people older than 65 years in Spain, especially among women and people with low socioeconomic status. Self-perceived health is an indicator that is related to the possibility of chronic disease, the use of health services, and mortality. The aim of this study was to assess inequalities in self-perceived health in relation to age, gender, socioeconomic factors, and functional dependence.

Methods: A systematic review was conducted following the PRISMA criteria. An exhaustive search was performed in PubMed, WOK, Science Direct, EMBASE, IME, Cochrane, JSTOR, Ovid, Proquest, the BMJ Group and in Spanish doctoral theses up to April 2013. The quality of the studies was assessed by two independent editors through the Berra Tool.

Results: A total of 20 documents were selected. These studies were in agreement in the deterioration of self-perceived health among older people (except the oldest), in those with functional dependence, lower socioeconomic status, and in women.

Conclusions: This review shows that, among older people, inequalities in self-perceived health due to socioeconomic status and gender have persisted in time. Future research is needed to cast light on the factors determining the persistence of these inequalities among older people, so that specific health policies can be designed for this sector of the population.

© 2013 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of SESPAS.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: morceb.vi80@gmail.com (V. Morcillo Cebolla).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.05.008>

0213-9111/© 2013 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SESPAS.

Introducción

Europa es la región mundial donde la población mayor de 65 años está aumentando más rápidamente. El incremento del número de personas mayores conlleva una preocupación en ascenso sobre la disponibilidad de servicios, ya que el envejecimiento de la población supone un empeoramiento de la salud subjetiva, un aumento en la dependencia para las actividades de la vida diaria y, por tanto, una creciente demanda de cuidados sociosanitarios¹. Se ha planteado que, para tratar de reducir el impacto de la «carga social» de la población mayor, son necesarias políticas que promuevan el envejecimiento activo y saludable².

En España se calcula que en el año 2049 los mayores de 65 años representarán el 31,9% de la población, con un aumento progresivo de las mujeres y del grupo de mayor edad³. Un número creciente de publicaciones se ha interesado por las desigualdades sociales en salud existentes en la población adulta de edad avanzada, concluyendo que son mayores en dos grupos de población anciana: las mujeres y los individuos que pertenecen a las clases sociales más desfavorecidas⁴. En España, un alto porcentaje de las personas mayores se enfrenta a malas condiciones de vida debido a unos ingresos bajos⁵. Esta situación es especialmente preocupante en las mujeres, pues reciben pensiones de menor cuantía económica debido a una baja incorporación al mercado laboral⁶.

En la literatura escasean los trabajos que recogen los factores que contribuyen a las desigualdades sociales en salud, cuyo conocimiento es necesario para poder mejorar la respuesta sanitaria y social a la dependencia y a la discriminación por género y clase social en los mayores de 65 años⁴.

La salud autopercebida es uno de los indicadores de salud más utilizados en la investigación en desigualdades sociales en salud, pues se considera un fiel reflejo del estado de salud en que se encuentra el individuo⁷. La salud autopercebida suele estimarse mediante la pregunta «¿cómo considera usted su estado de salud?» incluida habitualmente en las encuestas de salud nacionales e internacionales, valorada con una escala ordinal de respuestas⁸. La importancia de la medida de la salud autopercebida radica en su fuerte asociación con la probabilidad de padecer enfermedades crónicas⁷ y con la utilización de los servicios sanitarios⁹⁻¹¹. Algunos autores han sugerido, incluso, que podría comportarse también como un potente predictor de mortalidad¹²⁻¹⁶.

Dentro de este marco teórico, este estudio tiene como objetivo recoger y describir los trabajos realizados sobre la salud autopercebida en población española mayor de 65 años y su relación con las desigualdades sociales en salud en función de la edad, el género, el nivel socioeconómico y el nivel de dependencia.

Métodos

Diseño

Entre febrero y abril de 2013 se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura siguiendo los criterios de la declaración PRISMA^{17,18}. Este trabajo forma parte de otro mayor que engloba a la población adulta española. Las citas identificadas se gestionaron a través del gestor bibliográfico Mendeley, versión 1.9.2.

Criterios de elegibilidad

1) Criterios de inclusión

Se incluyeron todos los estudios redactados en español, inglés o catalán publicados hasta el 30 de abril de 2013, que trataran sobre desigualdades sociales (al menos desigualdad por edad, por nivel socioeconómico o por género) en la salud autopercebida, en población general no institucionalizada, de edad ≥ 65 años y que residiese

en territorio español. Para que el trabajo fuera seleccionado, la salud autopercebida debía ser medida con la pregunta «¿cómo considera usted que es su salud?». Entre las varias posibles respuestas se eligieron las categorías recomendadas por el grupo EURO-REVES, en una escala que incluye «muy buena», «buena», «regular», «mala» y «muy mala»⁸.

2) Criterios de exclusión

Se excluyeron los estudios en los cuales, a falta del documento completo, no fue posible recuperar un resumen estructurado que permitiera obtener los datos precisos para los objetivos de este estudio y evaluar su calidad; los estudios que no aportaran datos numéricos en el apartado de resultados; los estudios que, aunque incluyeran la salud autopercebida dentro de una valoración más amplia de la «calidad de vida», no permitían extraer datos aislados de la salud autopercebida; y los estudios duplicados.

Estrategia de búsqueda

1) Búsqueda en revistas indexadas en bases de datos electrónicas

Se efectuó una búsqueda en las principales bases de datos electrónicas de biomedicina: PubMed, Web of Knowledge, Science Direct, EMBASE, Índice Médico Español, Cochrane Library, JSTOR, Ovid, Proquest y British Medical Journal Group. La estrategia de búsqueda completa utilizada en PubMed está disponible en el material adicional de la versión electrónica de este artículo. Para el resto de las bases de datos se usó una estrategia similar a ésta, aunque adaptada a las características de búsqueda de cada una de las bases.

2) Búsqueda de tesis doctorales en universidades españolas

Se consultaron mediante los términos más específicos de la búsqueda (véase el material adicional de la versión electrónica de este artículo) en las siguientes bases de datos de tesis doctorales:

- Teseo: bases de datos de tesis doctorales de las universidades españolas.
- Tesis Doctorales en Red de las Universidades de Cataluña.
- Servicio de biblioteca de la Universidad Autónoma de Madrid.

3) Búsqueda a partir de la bibliografía citada en otros documentos

Para ampliar la búsqueda se revisó la bibliografía citada en los artículos primarios más relevantes, con lo que se logró aumentar el número de estudios finalmente seleccionados.

Estrategias para minimizar el sesgo de selección

Por un lado, se definieron con claridad los criterios de inclusión y exclusión. Dos evaluadores (V.M.C y P.D.R) leyeron primero los títulos y los resúmenes de los trabajos seleccionados, y efectuaron una lectura completa cuando el resumen no daba suficiente información para asegurar que el trabajo cumpliera los criterios de elegibilidad. Por otra parte, evaluaron la calidad de cada uno de los trabajos de forma independiente, mediante la herramienta desarrollada por Berra en 2008¹⁹ para estudios transversales, basada en las recomendaciones de la Agency for Healthcare Research and Quality, el Scottish Intercollegiate Guidelines Group, el Osteba (Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco) y la iniciativa STROBE. Esta herramienta consta de 27 apartados, y a cada uno de ellos los revisores le asignaron una puntuación. La calidad se consideró alta si la mayoría de los enunciados se respondían como «muy bien» o «bien», media si la mayoría se respondían como «bien» o «regular», y «baja» si la mayoría eran «regular» o «mal».

Para contrastar la aplicación de estos criterios y homogeneizar su interpretación, se llevó a cabo una primera sesión conjunta con la evaluación de los cinco primeros artículos seleccionados. Ambos revisores aportaron sus plantillas ya completadas, discutiéndolas punto por punto. Para los siguientes artículos intercambiaron las

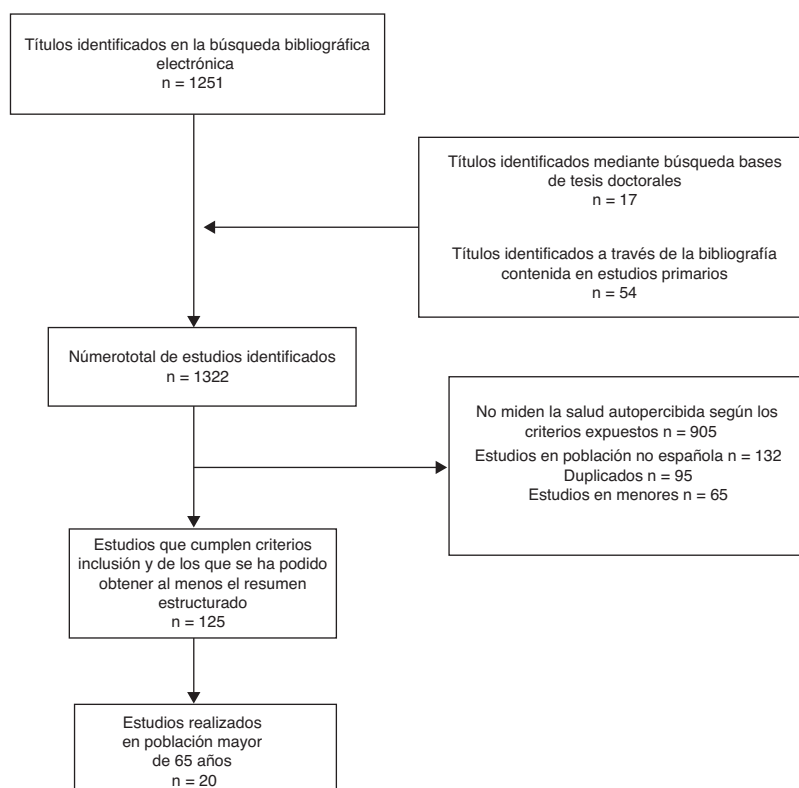


Figura 1. Proceso de selección de estudios.

plantillas rellenas por cada evaluador y cada revisor comprobaba que las respuestas fueran iguales. Donde se encontraron discrepancias se discutió la razón de cada respuesta individual y se llegó a un consenso. Se excluyeron los trabajos calificados como de «calidad baja».

Proceso de extracción de datos

Tras la lectura del título y el resumen, o del artículo completo, se elaboró una base de datos con los artículos seleccionados con el acuerdo de los dos revisores mediante el *software* Excel versión 2013. Se diseñó una primera tabla piloto usando una muestra inicial de artículos seleccionados para asegurar que era posible recoger toda la información. Un primer revisor hizo la extracción de los datos y el otro comprobó su concordancia.

Síntesis de resultados

Se realizó una síntesis descriptiva de cada estudio, señalando las particularidades de cada uno, los posibles sesgos o problemas de calidad y sus principales resultados y conclusiones. No fue posible realizar un metaanálisis por la heterogeneidad de los estudios seleccionados²⁰.

Resultados

En la figura 1 se expone el proceso de selección de los estudios; de ellos, veinte²¹⁻⁴⁰ cumplieron los criterios de inclusión, todos de tipo transversal. Fue posible obtener la versión completa de todos los trabajos. Tras la evaluación de los criterios de calidad, ninguno de los estudios fue excluido pues todos presentaron calidad alta o media. Las características de cada estudio y sus resultados principales se presentan en la tabla 1, que incluye los trabajos realizados

en un ámbito de estudio municipal, en la tabla 2 los regionales y en la tabla 3 los nacionales.

En once^{21-24,28-30,33-38} de los trabajos se observó una relación entre la salud autopercebida y la edad: a mayor edad, los individuos reportaban peor salud autopercebida. Sin embargo, dentro de este grupo se recogieron siete estudios^{24,28-30,35,37,38} que observaron, además, que en las edades extremas la tendencia se invertía y se encontraba un incremento en la percepción de buena salud. El trabajo de Roqué i Figuls et al.³⁷ encontró este incremento en diferentes franjas de edad a partir de los 70 años: 70-74 años (*odds ratio* [OR]: 0,84; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 0,71-1), 75-79 años (OR: 0,82; IC95%: 0,67-1) y ≥ 80 años (OR: 0,98; IC95%: 0,79-1,22). López-Torres et al.²⁴ lo observaron a partir de los 75 años de edad ($p < 0,01$); Azpiazu et al.³⁰ en los mayores de 80 (de forma no significativa); Girón³⁵ obtuvo en su tesis que en los mayores de 83 años se incrementa la buena percepción de la salud (OR: 0,60; IC95%: 0,47-0,75), así como en uno de sus trabajos³⁸ (OR: 0,55; IC95%: 0,41-0,71); y Damián et al.²⁸ hallaron que la buena percepción de salud aumentaba a partir de los 85 años de edad (OR: 0,37; IC95%: 0,18-0,77), pero sólo en las mujeres. Además, Valderrama et al.²⁹ encuentran que los mayores de 85 años reportan una mejor salud autopercebida (OR: 2,43; IC95%: 1,51-3,90) al ajustar por edad, sexo y dependencia funcional.

Siete de los trabajos^{26,28-31,35,37} encontraron relación entre peor salud autopercebida y aumento de la dependencia. El estudio de Girón³⁵ halló que los dependientes reportaban peor salud autopercebida (OR: 0,65; IC95%: 0,54-0,78), y Roqué i Figuls et al.³⁷ observaron que la situación de dependencia conlleva más oportunidades de presentar mala salud percibida (OR: 4,31; IC95%: no indicado). A su vez, Lázaro et al.²⁶, Valderrama et al.²⁹ y Damián et al.²⁸ describieron la salud autopercebida en relación a la dependencia leve y a la dependencia grave, mostrando siempre y de manera significativa una peor valoración que en las personas independientes.

Tabla 1

Principales características de los artículos seleccionados para la revisión cuyo ámbito de estudio es municipal

| | Tamaño de la muestra | Obtención de datos | Otras variables | Calidad | Principales resultados | | | |
|--|----------------------|---|--|------------|---|--------------------------------------|--|--|
| | | | | | En relación a la edad | En relación al estado de dependencia | En relación al nivel socioeconómico | En relación al género |
| Sánchez-Santos et al., 2011 ²¹ | 1.016 | Encuesta "Envejecer en Leganés" 1993, 1995 y 1997 | Sexo, edad, estado civil, fumar, actividad física, nivel de estudios, comorbilidad física y mental, discapacidad | Alta/media | | | | <p>Porcentaje de mala/muy mala salud autopercebida $p \leq 0,001$</p> <p>Año:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1993: 11,7 (hombre) / 22,5 (mujer) ● 1995: 10,4 (hombre) / 20,9 (mujer) ● 1997: 16,7 (hombre) / 27,7 (mujer) <p>Peor salud autopercebida OR (IC95%) en mujeres 2,43 (1,35-4,36)</p> |
| Fernández-Merino et al., 2000 ²² | 408 | Encuesta Salud A Estrada (Pontevedra) | Sexo, edad, hábitos de riesgo, dieta, enfermedades crónicas, consumo de fármacos, uso y satisfacción servicios sanitarios, capacidad funcional | Alta | | | | |
| Borrell y Ferrando, 2003 ²³ | 2.141 | Encuesta Salud Barcelona 2000 | Sexo, edad, clase social, salud mental, discapacidad, trastornos crónicos | Alta/media | <p>Porcentaje de mala/muy mala salud autopercebida</p> <p>Edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 65-74: 9 (hombre) / 15,1 (mujer) ● 79-84: 10 (hombre) / 21 (mujer) ● ≥ 85: 20,8 (hombre) / 19,4 (mujer) | | <p>Porcentaje de mala/muy mala salud autopercebida</p> <p>Clase social:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● I-II: 8,6 (hombre) / 9,4 (mujer) ● III: 7,9 (hombre) / 10,6 (mujer) ● IV-V: 11 (hombre) / 22,1 (mujer) | |
| López-Torres et al., 2013 ²⁴ | 944 | Encuesta Salud Ciudad Albacete 2008 | Sexo, edad, nivel de estudios, número de enfermedades, consumo psicofármacos, estado civil, insomnio | Alta | <p>Mejor autovaloración EVA (0-100) $p < 0,01$</p> <p>● < 75 años: 70,5 \pm 18,3</p> <p>● ≥ 75 años: 67,0 \pm 18,5</p> | | <p>Mejor autovaloración EVA (0-100) $p < 0,01$</p> <p>● Al menos primaria: 73,0 \pm 17,4</p> <p>● Sin estudios 66,2 \pm 18,7</p> | <p>Mejor autovaloración EVA (0-100) $p < 0,01$</p> <p>● Hombre: 73,2 \pm 16,0</p> <p>● Mujer: 65,5 \pm 19,6</p> |
| Rodríguez-Rodríguez et al., 2011 ²⁵ | 499 | Calidad de Vida a los Mayores Madrid 2005 | Sexo, edad, renta, tamaño de la residencia, calidad de vida, actividades de ocio | Alta/media | | | <p>Porcentaje de mala y muy mala salud autopercebida $p \leq 0,001$</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ingresos altos: 47,4% ● Ingresos bajos: 52,6% | |

Tabla 1 (continuación)

| | Tamaño de la muestra | Obtención de datos | Otras variables | Calidad | Principales resultados | | | |
|---------------------------------------|----------------------|--|--|---------|--|---|---|---|
| | | | | | En relación a la edad | En relación al estado de dependencia | En relación al nivel socioeconómico | En relación al género |
| Lázaro et al., 2007 ²⁶ | 380 | Encuesta Salud Ciudad de Zaragoza 2005 | Sexo, edad, nivel de dependencia, estado civil, modo de convivencia, nivel de estudios | Alta | | Pacientes independientes: <ul style="list-style-type: none"> • Buena-excelente salud autopercebida: 81,4 (76,3-86,5) • Regular-mala salud autopercebida: 46 (37-55) Pacientes dependencia leve-moderada: <ul style="list-style-type: none"> • Buena-excelente salud autopercebida: 14,5 (9,9-19,1) • Regular-mala salud autopercebida: 43,7 (34,7-52,6) Paciente dependencia grave/absoluta: <ul style="list-style-type: none"> • Buena-excelente salud autopercebida: 4,1 (1,5-6,7) • Regular-mala salud autopercebida: 10,3 (4,8-15,8) (p < 0,001) | | |
| Zunzunegui et al., 2001 ²⁷ | 1.081 | Encuesta "Envejecer en Leganés" 1993 | Sexo, edad, miembros de la familia, salud mental, soporte emocional, soporte instrumental | Alta | | | | Porcentaje de regular, mala y muy mala salud autopercebida p > 0,001: <ul style="list-style-type: none"> • Hombre 58,5% • Mujer 76,9% |
| Damián et al., 1999 ²⁸ | 677 | Encuesta Ciudad de Madrid 1994 | Sexo, edad, clase social, nivel de dependencia, uso de servicios sanitarios, trastornos crónicos | Alta | Peor salud autopercebida OR (IC95%): <ul style="list-style-type: none"> • 65-74: 1 • 75-84: 0,85 (0,57-1,27) • ≥ 85: 0,37 (0,18-0,77) | Peor salud autopercebida OR (IC95%): <ul style="list-style-type: none"> • Independiente: 1 • Dependencia leve: 2,19 (1,42-3,36) • Dependencia mayor que leve: 3,64 (1,89-7,02) | Peor salud autopercebida OR (IC95%): <ul style="list-style-type: none"> • No-manual: 1 • Manual: 1,98 (1,39-2,83) | Peor salud autopercebida OR (IC95%): <ul style="list-style-type: none"> • Hombres: 1 • Mujeres: 1,25 (0,87-1,80) |

IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio.

Tabla 2
Principales características de los artículos seleccionados para la revisión cuyo ámbito de estudio es regional

| | Tamaño de la muestra | Obtención de datos | Otras variables | Calidad | Principales resultados | | | |
|---------------------------------------|----------------------|---|--|---------|--|--|---|---|
| | | | | | En relación a la edad | En relación al estado de dependencia | En relación al nivel socioeconómico | En relación al género |
| Valderrama 1999 ²⁹ | 781 | Encuesta Zona Básica Salud de Cabra, Córdoba 1996 | Sexo, edad, nivel de dependencia, estado civil, modo de convivencia, nivel de estudios | Alta | La percepción de muy buena o buena salud (OR [IC 95%]) • 65-74 años: 1 • 75-84 años: 1,13 (0,79-1,62) • ≥ 85 años: 2,43 (1,51-3,90) | La percepción de muy buena o buena salud (OR [IC 95%]) • Índice de Barthel: independencia 5,00 (2,99-8,35); dependencia leve 1,94 (1,18-3,19); dependencia moderada, severa 1 • Índice de Lawton: independencia 1,76 (1,16-2,68); dependencia en una o más actividades 1 | | La percepción de muy buena o buena SA (OR [IC 95%]) • Hombre 2,17 (1,24-3,05) • Mujer 1 |
| Azpiazu 2002 ³⁰ | 911 | Encuestas áreas 2 y 4 Madrid 1999 | Sexo, edad, nivel de estudios, nivel de dependencia, estado civil, apoyo sociofamiliar, consumo tóxicos, salud mental, calidad de vida | Alta | Porcentaje de regular, mala y muy mala SA: • 65-79 años: 48,3% • ≥ 80 años: 46,7% | • Porcentaje de regular, mala y muy mala SA en las AVD-I (p < 0,001): independiente 37,5%; dependiente parcial o total 62,3 • Porcentaje de regular, mala y muy mala SA en las AVD-B (p<0,001): Independiente 42,7; dependiente parcial o total 65,8 | Porcentaje de regular, mala y muy mala SA (p < 0,001): • No estudios: 58,4 • Otros: 40,6 | Porcentaje de regular, mala y muy mala SA (p < 0,01): • Hombre: 42,5 • Mujer: 51,6 |
| Brugulats-Guiteras 2011 ³¹ | 3.566 | Encuesta Salud Cataluña 2006 | Sexo, edad, nivel de dependencia, vivir solo, estado civil, trastornos crónicos, visitas a urgencias, hospitalización, apoyo social | Media | | • Valoración de la SA positivo: independencia 61%; dependencia 19,3% • Valoración SA negativo: independencia 39%; dependencia 80,75 | | |
| Rueda 2009 ³² | 2.597 | Encuesta Salud Cataluña 2006 | Sexo, edad, nivel educativo, ingresos, características familiares, salud mental, enfermedades limitantes | Alta | | | Buena salud percibida (OR [IC 95%]; p < 0,001): • Menos que Primaria 1,94 (1,43-2,62) • Primaria: 1,76 (1,30-2,39) • Más que primaria: 1 | Peor SA en mujeres (OR [IC 95%]): 1,63 (1,39-1,92) |

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

Tabla 3

Principales características de los artículos seleccionados para la revisión, cuyo ámbito de estudio es nacional

| | Tamaño de la muestra | Obtención de datos | Otras variables | Calidad | Principales resultados | | | |
|--------------------------------|----------------------|--|--|---------|---|---|---|--|
| | | | | | En relación a la edad | En relación al estado de dependencia | En relación al nivel socioeconómico | En relación al género |
| Karlsdotter 2011 ³³ | 6.259 | Encuesta Nacional Condiciones de Vida 2007 | Sexo, edad, renta equivalente del hogar media, estado civil, actividad, porcentaje de mayores que pertenecen a alguna asociación | Alta | Porcentaje de regular, mala o muy mala SA | | <ul style="list-style-type: none"> • Secundaria 1.^a etapa: 9% (mujer) (p < 0,01) / 6% (hombre) (p < 0,05) | |
| | | | | | Edad: | | <ul style="list-style-type: none"> • Secundaria 2.^a etapa: 20% (mujer) (p < 0,01) / 69% (hombre) (p < 0,05) • Inserción laboral: 8% (mujer) / 8% (hombre) • Superiores: 11% (mujer) (p < 0,01) / 11% (hombre) (p < 0,01) | |
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • 65-69: 52 (hombre) / 62 (mujer) • 70-74: 62 (hombre) / 71 (mujer) • 75-80: 69 (hombre) / 77 (mujer) | | | |
| Gonzalo 2004 ³⁴ | 1.111 | Encuesta Nacional de Salud 1997 | Sexo, edad, clase social, estilos de vida, estado de salud,, uso servicios sanitarios | Media | Porcentaje de regular, mala y muy mala SA | | Porcentaje de regular, mala y muy mala SA | |
| | | | | | Edad: | | Clase social: | |
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • 65-74: 51 (hombre) / 60,1 (mujer) • ≥ 75: 56,3 (hombre) / 64 (mujer) | | <ul style="list-style-type: none"> • I-II: 47 (hombre) / 48,6 (mujer) • III: 53 (hombre) / 61,3 (mujer) | |
| | | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • IV-V: 58,5 (hombre) / 67,8 (mujer) | |
| Girón 2010 ³⁵ | 2.893 | Encuesta Nacional de Salud 2006 | Sexo, edad, nivel de dependencia, nivel de estudios, uso de servicios sanitarios, número de medicamentos prescritos, salud mental | Alta | Peor SA (OR a [IC 95%]): | Peor SA (OR a [IC 95%]): | Buena SA OR a [IC 95%]): | |
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • 65-82 años: 0,597 (0,47-0,758); p < 0,001 | <ul style="list-style-type: none"> • Dependientes: 0,653 (0,544-0,784); p < 0,001 | <ul style="list-style-type: none"> • Primaria o menos 0,481 (0,369-0,628); p < 0,001 | |
| | | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Secundaria: 0,683 (0,538-0,868); p < 0,01 • Superior a secundaria: 1 | |
| | | | | | Porcentaje de mala y muy mala SA: | | Porcentaje de mala y muy mala SA | Porcentaje de mala y muy mala SA: |
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • 65-74 años: 16,6% | | <ul style="list-style-type: none"> • No sabe leer o escribir o estudios primario incompletos: 29,5 • Estudios primarios completos: 18,3 • Estudios secundarios de 1.^a etapa: 15 • Estudios secundarios de 2.^a etapa: 14,5 • Enseñanzas profesionales de grado superior o Universitarios: 8,7 | <ul style="list-style-type: none"> • Hombres: 17,1 • Mujeres: 26,6 |
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 75 años: 28% | | | |
| Abellán 2012 ³⁶ | 7.555 | Encuesta Europea Salud en España 2009 | Sexo, edad, nivel de estudios, situación económica, formas de convivencia, relaciones personales y la experiencia de envejecer; valores, actitudes; y servicios sociales | Alta | Porcentaje de mala y muy mala SA: | | Porcentaje de mala y muy mala SA | Porcentaje de mala y muy mala SA: |
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • 65-74 años: 16,6% | | <ul style="list-style-type: none"> • No sabe leer o escribir o estudios primario incompletos: 29,5 • Estudios primarios completos: 18,3 • Estudios secundarios de 1.^a etapa: 15 • Estudios secundarios de 2.^a etapa: 14,5 • Enseñanzas profesionales de grado superior o Universitarios: 8,7 | <ul style="list-style-type: none"> • Hombres: 17,1 • Mujeres: 26,6 |
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 75 años: 28% | | | |

Tabla 3 (continuación)

| | Tamaño de la muestra | Obtención de datos | Otras variables | Calidad | Principales resultados | | | |
|---|----------------------|---|--|---------|---|---|---|--|
| | | | | | En relación a la edad | En relación al estado de dependencia | En relación al nivel socioeconómico | En relación al género |
| Roqué i Figuls et al., 2012 ³⁷ | 28.133 | Encuesta Nacional de Salud 1993 y 2006 | Sexo, edad, nivel de dependencia, discapacidad | Alta | Buena salud percibida por edad (OR [IC 95%]): • Edad 65-69: 1 • Edad 70-74: 0,84 (0,71-1) • Edad 75-79: 0,82 (0,67-1) • Edad ≥ 80: 0,98 (0,79-1,22) | La situación de dependencia conlleva 4 veces más oportunidades de presentar mala salud autopercebida (OR: 4,31) | | Las mujeres tienen un 27% peor salud percibida que los hombres (OR: 0,73; IC95%: 0,63-0,84) |
| Girón, 2012 ³⁸ | 7.835 | Encuesta Nacional de Salud 2006 | Sexo, edad, nivel educativo, trastornos crónicos, salud mental, uso servicios sanitarios | Alta | Peor salud autopercebida OR (IC95%): 65-82 años 0,546 (0,418-0,713); p < 0,01 | | | |
| Rueda et al., 2008 ³⁹ | 9.225 | Encuesta Europea Salud, Edad y Jubilación 2004. | Sexo, edad, modalidad de convivencia, salud mental, ingresos anuales | Alta | | | Buena salud autopercebida (OR [IC95%]; hombre; p < 0,001) • Sin educación formal: 3,31 (2,03-5,39) • Primaria o menos: 2,38 (1,60-3,54) • Secundaria: 1,48 (1,08-2,03); p < 0,05 • Superior a secundaria: 1 Buena salud autopercebida (OR [IC95%]; mujer p < 0,001): • Sin educación formal: 4,45 (2,83-6,99) • Primaria o menos: 2,20 (1,47-3,31) • Secundaria: 1,64 (1,14-2,36); p < 0,01 • Superior a secundaria: 1 | Peor salud autopercebida (OR [IC95%]): • Hombres: 1 • Mujeres: 1,30 (1,14-1,49) |
| Rueda, 2012 ⁴⁰ | 1.602 | Encuesta Nacional de Salud 2006 | Sexo, edad, ingresos, convivencia, salud mental | Alta | | | | Peor salud autopercebida en mujeres (OR [IC95%]): • Murcia: 2,75 (1,77-4,29) • Andalucía: 1,60 (1,07-2,40) |

IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio.

En once estudios^{23–25,28,30,32–36,39} se encontró relación entre el peor estado de salud y el bajo nivel socioeconómico. Siete trabajos^{24,30,32,33,35,36,39} midieron la salud autopercebida correspondiente a individuos con distinto nivel de estudios, y encontraron una relación positiva entre mayor nivel de estudios y buena salud autopercebida. Girón³⁵ observó que los mayores con estudios hasta primaria muestran un 52% menos de buena percepción de la salud (OR: 0,48; IC95%: 0,37–0,63) y los mayores con estudios hasta secundaria un 32% (OR: 0,68; IC95%: 0,54–0,87) frente a los que han cursado estudios superiores a secundaria. Rueda y Artazcoz³² concluyen que los individuos que no han completado la educación primaria tienen casi dos veces más posibilidades de reportar una peor salud autopercebida (OR: 1,94; IC95%: 1,43–2,62).

Cuatro estudios^{23,25,28,34} compararon la salud autopercebida en las distintas clases sociales y según el nivel de ingresos. Damián et al.²⁸ encontraron una peor valoración del estado de salud (OR: 1,98; IC95%: 1,39–2,83) ajustando por sexo, edad, uso de servicios sanitarios y nivel de dependencia en clases manuales. Además, Rodríguez-Rodríguez et al.²⁵ observaron un porcentaje de mala y muy mala salud autopercebida ($p \leq 0,001$) con ingresos altos del 47,4%, y con ingresos bajos del 52,6%.

Catorce de los estudios^{21–24,27–30,32,34,36,37,39,40} coincidieron en que el sexo femenino se relaciona con una peor valoración del estado de salud. Roqué i Figuls et al.³⁷ encontraron que las mujeres describen un 27% peor salud autopercebida que los hombres (OR: 0,73; IC95%: 0,63–0,84). El trabajo de Valderrama et al.²⁹ obtuvo que los hombres tienen el doble de percepción de muy buena o buena salud que las mujeres (OR: 2,17; IC95%: 1,24–3,05) ajustando por edad y nivel de dependencia, y el de Damián et al.²⁸ halló que las mujeres presentan 1,25 veces más peor salud autopercebida (OR: 1,25; IC95%: 0,87–1,80) ajustando por edad, clase social, uso de servicios sanitarios y nivel de dependencia. Los artículos de Rueda et al.^{32,39,40} también recogieron las diferencias entre la salud autopercebida de los hombres y las mujeres. En uno de sus estudios³⁹ las mujeres percibían peor su salud (OR: 1,30; IC95%: 1,14–1,49) ajustando por edad, y en otro³² (OR: 1,63; IC95%: 1,39–1,92) ajustando por edad y nivel socioeconómico. En un artículo más reciente⁴⁰ se observa una valoración peor de la salud autopercebida en las mujeres en la región de Murcia (OR: 2,75; IC95%: 1,77–4,29) y en la región de Andalucía (OR: 1,60; IC95%: 1,07–2,40) ajustando por edad y nivel socioeconómico.

Discusión y conclusiones

Los resultados de los estudios seleccionados en esta revisión coinciden en señalar la tendencia a que la salud autopercebida empeora con el incremento de la edad, pero sólo en aquellos adultos de edad avanzada menos longevos, en el sexo femenino y en aquellos pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo, con una nueva variable intensamente relacionada, que es el nivel de dependencia.

Salud autopercebida y edad

Esta revisión confirma que a medida que aumenta la edad se incrementa la mala salud subjetiva, principalmente al aumentar el estado de dependencia; por tanto, existen otros factores determinantes además de la edad. Estos datos también se confirman en Europa mediante las encuestas de salud en personas mayores, en países de muy diversas estructuras políticas y económicas^{41–45}.

Siete artículos^{24,28–30,35,37,38} de los revisados encuentran que, sobre todo a partir de la octava década de la vida, las personas de edad avanzada refieren un aumento de mejor salud autopercebida. Varios trabajos^{46–49} europeos observan esta mejoría del estado de salud en edades extremas, lo que podría estar relacionado con que a mayor edad las expectativas de encontrarse bien disminuyen y

por tanto las personas experimentan una sensación de conformidad que les lleva a reportar una mejor salud autopercebida que los individuos más jóvenes, o también pudiera deberse a las distinta percepción de la salud autopercebida que existe entre generaciones.

Salud autopercebida y nivel socioeconómico

Los hallazgos de esta revisión indican que la salud autopercebida es peor entre los adultos mayores con menor nivel de renta, con niveles educativos más bajos y cuya ocupación laboral anterior había sido menos cualificada. Estos resultados coinciden con los de otros autores^{42,43,49} europeos. Existe consenso en reconocer los factores socioeconómicos de la población como los principales determinantes de salud y relacionados con las desigualdades sociales en salud; a los servicios sanitarios se les concede un papel menos destacado⁴¹. Por el contrario, hay menos acuerdo en decidir qué indicador es más útil para medir las desigualdades sociales en salud en ancianos. Según diversos autores, es preferible escoger varias medidas en lugar de una sola, entre las cuales la más recomendable sería la clase social, y sobre todo el nivel educativo. Este último, principalmente en las mujeres mayores que han tenido una escasa inclusión en el mercado laboral⁴⁹, se comporta más como un indicador de privación material^{50,51}.

Salud autopercebida y género

Las desigualdades sociales en salud en la población española son aún más significativas cuando se efectúa un análisis por género, pues España ha conocido fuertes diferencias en cuanto a la incorporación laboral de la mujer, siendo una sociedad en la que, hasta fechas recientes, era el hombre el encargado de trabajar fuera de casa. Estas diferencias se han plasmado en la «paradoja de la morbilidad», según la cual los hombres mueren antes pero las mujeres pasan más años con peor estado de salud⁵². Existen varias posibles explicaciones a este fenómeno. Una pondría en relación el hecho de que el estilo de vida de los hombres les lleva a sufrir enfermedades con mayor riesgo de muerte precoz, mientras que las mujeres son más propensas a enfermedades no fatales e incapacitantes. Otra posible causa es la falta de contacto de los hombres con los servicios sanitarios, pues a diferencia de las mujeres⁵³ son más reacios a pedir ayuda, lo que podría considerarse una muestra de fragilidad no propia de su rol de género. Una tercera causa que se ha descrito en varios trabajos^{52–55} sería que, si las condiciones estructurales fueran más igualitarias para el género femenino, las mujeres presentarían una mejor salud subjetiva. En estos estudios, realizados con población europea y estadounidense, la diferencia en salud autopercebida tiende a disminuir cuando se controlan factores como la dependencia funcional y las enfermedades crónicas.

En dos de los trabajos seleccionados^{21,22} se ha sugerido la posible asociación de la salud autopercebida como predictora de mortalidad. La mayor parte de los autores que han utilizado este indicador para sus estudios^{12–15} así lo considera. Sargent-Cox et al.¹⁶, sin embargo, concluyen que debe tenerse precaución a la hora de relacionar la salud autopercebida y la mortalidad en los mayores de 75 años, pues no está claramente demostrada dicha relación en la literatura. En efecto, como se ha comentado en el punto anterior, las mujeres de edad avanzada presentan peor salud autopercebida, pero en general mueren más tarde. Además, varios estudios de nuestra revisión destacan que en edades extremas la percepción de la salud mejora.

Como limitaciones de nuestro estudio señalaremos que no ha sido posible efectuar una búsqueda manual en los índices de las principales revistas, ni de forma exhaustiva en la literatura gris, por lo que la revisión puede tener un sesgo de publicación, compensado parcialmente por la búsqueda en la bibliografía de los artículos primarios. Por otro lado, puesto que los trabajos que conforman

esta revisión sistemática están realizados en población no institucionalizada, se corre el riesgo de que sus resultados sobreestimen la buena salud autopercibida de la población mayor. Pese a que España tiene uno de los más bajos índices de institucionalización de Europa³, es muy probable que las prevalencias reales de mala salud autopercibida en las personas mayores, sobre todo en las mujeres, sean más altas.

Como conclusión queremos destacar que esta revisión encuentra que la salud autopercibida empeora con la edad, fundamentalmente por el incremento en el nivel de dependencia, excepto en edades muy avanzadas, en las que esta relación se invierte. Se establece que persiste la desigualdad de género y de nivel socioeconómico, y que el nivel educativo es el marcador más importante de desigualdad de salud autopercibida entre los mayores de 65 años. Serían necesarios nuevos estudios para entender mejor qué factores son los causantes de que persistan las desigualdades en salud autopercibida en la población mayor española. Además, consideramos de interés tratar de profundizar en la línea de trabajo que sugiere la posible utilización de la salud autopercibida como predictor de mortalidad. Estimamos que debe ser prioritario tener estos datos en cuenta a la hora de elaborar y poner en marcha políticas sanitarias dirigidas a intentar cubrir las necesidades en salud específicas de las personas mayores de 65 años de nuestro país.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La creciente población mayor española presenta un alto nivel de dependencia y un incremento en su necesidad de ayuda. El grado de influencia en la salud es desigual, ya que existen dos grupos desaventajados: mujeres y pertenecientes al nivel socioeconómico bajo. La salud autopercibida es un buen indicador para el estudio de las desigualdades en salud.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Esta revisión concluye que la salud autopercibida empeora con la edad, principalmente por el incremento en el nivel de dependencia. Además, su valoración es más baja en las mujeres y cuanto menor es el nivel socioeconómico. Conocer el estado de salud de la población de edad avanzada es fundamental para la elaboración y la puesta en marcha de políticas tendientes a reducir las desigualdades en salud que presenta este grupo poblacional en constante crecimiento.

Editora responsable del artículo

Carme Borrell.

Contribuciones de autoría

V. Morcillo Cebolla concibió y diseñó el trabajo, realizó la búsqueda bibliográfica y la adquisición, el análisis y la interpretación de los datos, y redactó el manuscrito. A. de Lorenzo-Cáceres Ascanio concibió y diseñó el trabajo, y colaboró en la interpretación de los datos y en la redacción del manuscrito. P. Domínguez Ruiz de León es la segunda revisora, colaborando así en la adquisición, el análisis y la interpretación de los datos. R. Rodríguez Barrientos y M.J. Torijano Castillo han contribuido al análisis y la interpretación de los datos. Todos los autores hicieron una revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales y aprobaron la versión final para su publicación.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gaceta.2014.05.008](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.05.008).

Bibliografía

- Börsch-Supan A, Jürges J. The survey of health, ageing and retirement in Europe, methodology. 372. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing; 2005.
- Marmot M, Allen J, Bell R. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*. 2012;380:1011-29.
- Abellán A, Lorenzo L, Pérez J. Indicadores demográficos. En: Informe 2010. Las personas mayores en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2012. p. 31-60.
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
- Prieto-Flores ME, Fernández-Mayoralas G, Rojo-Pérez F, et al. Sociodemographic and health factors explaining emotional wellbeing as a quality of life domain of older people in Madrid, Spain. 2005. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82:301-13.
- Espelt A, Font-Ribera L, Rodríguez-Sanz M, et al. Disability among older people in a Southern European city in 2006: trends in gender and socio-economic inequalities. *J Womens Health*. 2010;19:927-33.
- Navarro V, Benach J. Desigualdades sociales en salud en España. Informe de la Comisión Científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. *Rev Esp Salud Pública*. 1996;70:505-636.
- Hernández-Quevedo C, Jones AM, Rice N. Sesgo de respuesta y heterogeneidad en salud autopercibida: evidencia del Panel de Hogares Británico. Cuadernos económicos de ICE. 2008;75:63-97.
- Van Doorslaer E, Wagstaff A, Van der Burg H, et al. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *J Health Econ*. 2000;19:553-83.
- Van Doorslaer E, Koolman X, Jones AM. Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe: a decomposition approach. *J Health Econ*. 2004;13:629-47.
- Sáez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gac Sanit*. 2003;17:412-9.
- Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Sci Med*. 2009;69:307-16.
- Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38:21-37.
- DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, et al. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2006;21:267-75.
- Idler E, Leventhal H, McLaughlin J, et al. In sickness but not in health: self-ratings, identity, and mortality. *J Health Soc Behav*. 2004;45:336-56.
- Sargent-Cox KA, Anstey KJ, Luszcz MA. The choice of self-rated health measures matter when predicting mortality: evidence from 10 years follow-up of the Australian longitudinal study of ageing. *BMC Geriatr*. 2010;10:18-30.
- Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *BMJ*. 2009;339:b2700.
- Urrutia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin (Barc)*. 2010;135:507-11.
- Berra S. Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales. *Gac Sanit*. 2008;22:492-7.
- Centre for Reviews and Dissemination. Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. York: University of York; 2009.
- Sánchez-Santos MT, Zunzunegui MV, Otero-Puime A, et al. Self-rated health and mortality risk in relation to gender and education: a time-dependent covariate analysis. *Eur J Ageing*. 2011;8:281-9.
- Fernández-Merino MC, Rey-García J, Tato A, et al. Autopercepción de la salud y mortalidad en ancianos de una comunidad rural. *Aten Primaria*. 2000;25:23-31.
- Borrell C, Ferrando J. Desigualdades en salud en la población anciana. *JANO*. 2003;LXIV:25-33.
- López-Torres J, Navarro B, Párraga I, et al. El estado de salud de las personas mayores que sufren insomnio. *Gac Sanit*. 2013;27:47-52.
- Rodríguez-Rodríguez V, Rojo-Pérez F, Fernández-Mayoralas G, et al. Recursos económicos y calidad de vida en la población mayor. *Rev Int Sociol*. 2011;69:195-227.

26. Lázaro A, Rubio E, Sánchez A, et al. Capacidad funcional para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza capital en 2005. *Rev Esp Salud Pública.* 2007;81:625–36.
27. Zunzunegui MV, Béland F, Otero A. Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *Int J Epidemiol.* 2001;30:1090–9.
28. Damián J, Ruigómez A, Pastor V, et al. Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. *J Epidemiol Community Health.* 1999;53:412–6.
29. Valderrama E, Gavira-Iglesias FJ, López M, et al. Dependencia funcional y salud autopercibida en los ancianos de la Zona Básica de Salud de Cabra. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1999;34:283–8.
30. Azpiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, et al. Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76:683–99.
31. Brugalat-Guiteras P, Puig-Oriol X, Mompert-Penina A, et al. Dependencia para la realización de actividades de la vida diaria en las personas mayores de Cataluña. *Med Clin.* 2011;137:32–6.
32. Rueda S, Artazcoz L. Gender inequality in health among elderly people in a combined framework of socioeconomic position, family characteristics and social support. *Ageing Soc.* 2009;29:625–47.
33. Karlsdotter K, Martín JJ, López del Amo MDP. Influencia de la renta y el capital social en la salud de los mayores de 65 años en España en 2007. *Gac Sanit.* 2011;25:59–65.
34. Gonzalo E, Pasarín M. La salud de las personas mayores. *Gac Sanit.* 2004;18:69–80.
35. Girón P. Los determinantes de la salud percibida en España [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2010.
36. Abellán A, Pérez J, Castejón P. Estado de Salud. En: Informe 2010. Las personas mayores en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2012. p. 63–79.
37. Roqué i Figuls M, Salvà A, Bolívar I, et al. Tendencias en salud percibida y dependencia de la población mayor española: evolución entre los años 1993 y 2006. *Med Clin.* 2012;139:284–9.
38. Girón P. Is age associated with self-rated health among older people in Spain? *Cen Eur J Public Health.* 2012;20:185–90.
39. Rueda S, Artazcoz L, Navarro V. Health inequalities among the elderly in western Europe. *J Epidemiol Community Health.* 2008;62:492–8.
40. Rueda S. Health inequalities among older adults in Spain: the importance of gender, the socioeconomic development of the region of residence, and social support. *Women's Health Issues.* 2012;22:e483–90.
41. Avendano M, Aro AR, Mackenbach J. Socio-economic disparities in physical health in 10 European countries. En: *Health, ageing and retirement in Europe. First results from the survey of health, ageing and retirement in Europe.* Mannheim: Research Institute for the Economics of Aging (MEA); 2005. p. 89–94.
42. Dalstra JAA, Kunst AE, Mackenbach JP. A comparative appraisal of the relationship of education, income and housing tenure with less than good health among the elderly in Europe. *Soc Sci Med.* 2006;62:2046–60.
43. Ploubidis GB, Dale C, Grundy E. Later life health in Europe: how important are country level influences? *Eur J Ageing.* 2012;9:5–13.
44. Van Kippersluis H, Van Ourti T, O'Donnell O, et al. Health and income across the life cycle and generations in Europe. *J Health Econ.* 2009;28:818–30.
45. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: a European overview. *Soc Sci Med.* 2003;57:861–73.
46. Jagger C, Weston C, Cambois E, et al. Inequalities in health expectancies at older ages in the European Union: findings from the Survey of Health and Retirement in Europe (SHARE). *J Epidemiol Community Health.* 2011;65:1030–5.
47. Zunzunegui MV, Núñez O, Durban M, et al. Decreasing prevalence of disability in activities of daily living, functional limitations and poor self-rated health: a 6-year follow-up study in Spain. *Ageing Clin Exp Res.* 2006;18:352–8.
48. Espelt A, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, et al. Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. *Int J Epidemiol.* 2008;37:1095–105.
49. Arber S, Khat M. Introduction to social and economic patterning of women's health in a changing world. *Soc Sci Med.* 2002;54:643–7.
50. Grundy E, Holt G. The socioeconomic status of older adults: how should we measure it in studies of health inequalities? *J Epidemiol Community Health.* 2001;55:895–904.
51. Grundy E, Sloggett A. Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances. *Soc Sci Med.* 2003;56:935–47.
52. Gorman BK, Read JG. Gender disparities in adult health: an examination of three measures of morbidity. *J Health Soc Behav.* 2006;47:95–110.
53. Gomes R, Ferreira do Nascimento E, Carvalho de Araujo F. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública.* 2007;23:565–74.
54. Crimmins EM, Kim JK, Solé-Auró A. Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *Eur J Public Health.* 2006;21:81–91.
55. Arber S, Cooper H. Gender differences in health in later life: the new paradox? *Soc Sci Med.* 1999;48:61–76.